

Année 1967

THÈSE

N°

731

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Yolaine PHILIPP, née PIZZOGLIO

née le 31 Octobre 1934, à Lausanne (Suisse)

Présentée et soutenue publiquement le

CONSIDERATIONS SUR L'ÉTAT SANITAIRE
DU TRAVAILLEUR IMMIGRÉ
ORIGINAIRE D'AFRIQUE NOIRE

Président : M. J. BOYER, Professeur

Année 1967

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

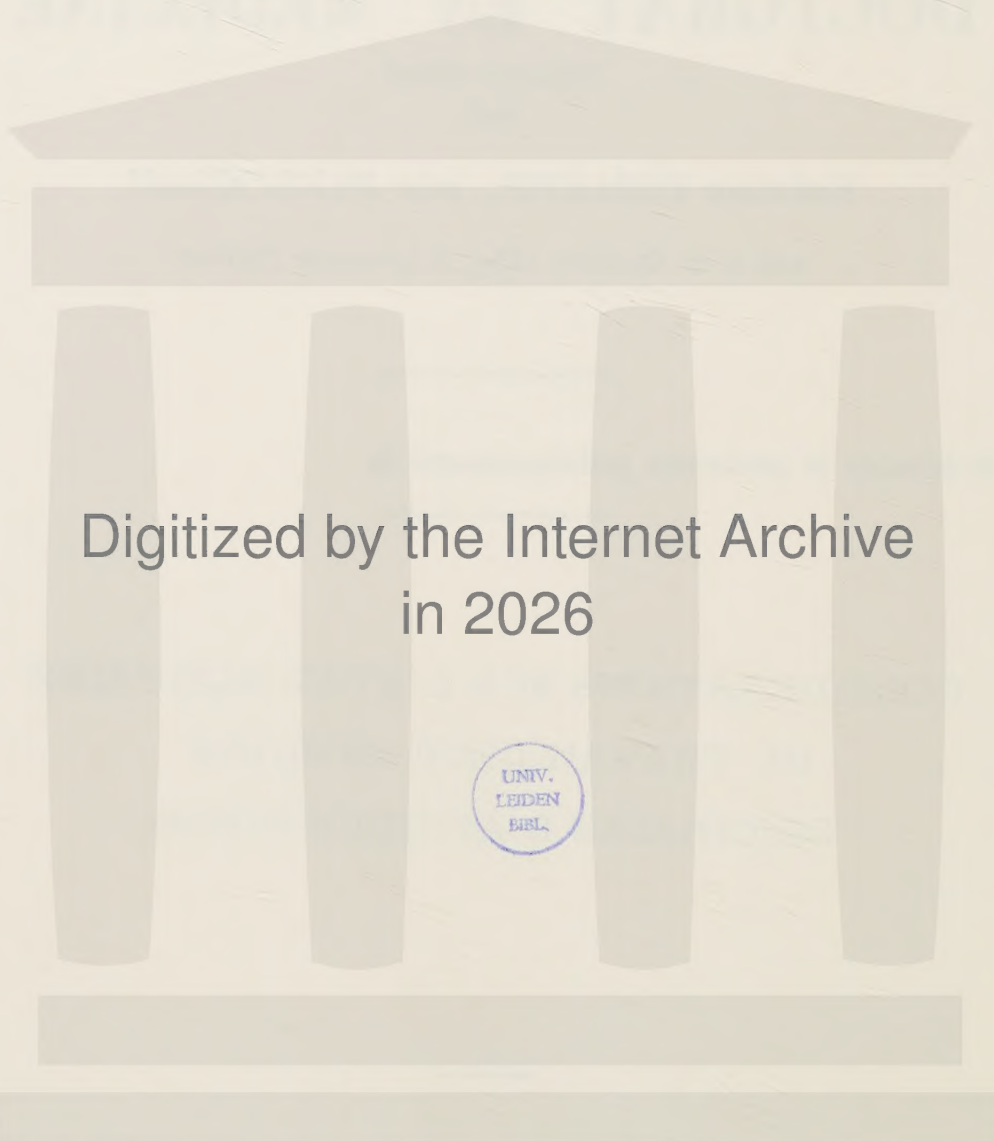
Yolaine PHILIPP, née PIZZOGLIO

née le 31 Octobre 1934, à Lausanne (Suisse)

Présentée et soutenue publiquement le

CONSIDERATIONS SUR L'ÉTAT SANITAIRE
DU TRAVAILLEUR IMMIGRÉ
ORIGINAIRE D'AFRIQUE NOIRE

Président : M. J. BOYER, Professeur



Digitized by the Internet Archive
in 2026



https://archive.org/details/IA41549003_0014

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chaillley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Valléry-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	{ Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	{ — BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	{ Cochin LEGER (L.)
	{ Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	{ Saint-Antoine GOSSET (J.)
	{ Salpêtrière SICARD (A.)
	{ Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	{ Bicêtre DEPARIS (M.)
	{ Broussais MILLIEZ (P.)
	{ Cochin N...
Cliniques médicales	{ Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	{ Pitié DREYFUS (G.)
	{ Saint-Antoine CONTE (M.)
	{ Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	{ Saint-Antoine BOUDIN (G.)

PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. Alajouanine (T.), Bénard (H.), Bernard (E.), Binet (L.), Bulliard (H.), Cathala (J.), Chabrol (E.), Chailley-Bert (P.), Cheymol (J.), Debré (R.), Fey (B.), Galliard (H.), Gaudart d'Allaines (F. de), Gennes (L. de), Giroud (A.), Hazard (R.), Heuyer (G.), Laroche (G.), Lavier (G.), Lelong (M.), Lévy (M^{lle} J.), Lévy-Solal (E.), Lian (C.), Marchal (G.), Mathieu (P.), Monod (R.), Moreau (R.), Moulonguet (P.), Pasteur Vallery-Radot, Petit-Dutaillis (D.), Piédelièvre (R.), Quénu (J.), Renard (G.), Senèque (J.), Strohl (A.), Tanon (L.), Verne (J.).

DOYEN Georges BROUET.

1^{er} ASSESSEUR } Daniel BARGETON

2^e ASSESSEUR } Jean GOSSET

I. — PROFESSEURS

1^o CHAIRES DE SCIENCES FONDAMENTALES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Anatomie	DELMAS (A.)
—	HUARD (P.)
Anatomie et cytologie pathologiques	DELARUE (J.)
Anesthésiologie	VOURC'H (G.)
Bactériologie et virologie	TOURNIER (P.)
Biochimie médicale	JAYLE (M.-F.)
—	POLONOVSKI (J.)
—	DESGREZ (P.)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	MALMEJAC (J.)
Biologie médicale	FAUVERT (R.)
Biophysique médicale	BUGNARD (L.)
—	DOGNON (A.)
—	DJOURNO (A.)
Cancérologie expérimentale	MATHÉ (G.)
Chimie pathologique	SCHAPIRA (G.)
Génétique fondamentale	LEJEUNE (J.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	COURY (Ch.)
Histologie et Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H.)
—	COUJARD (R.)
Hygiène et médecine préventive	BOYER (J.)
Médecine du Travail	DESOLLE (H.)
Médecine légale, Droit médical et déontologie	DEROBERT (L.)
Microbiologie (Bactériologie et virologie)	FASQUELLE (R.)
Parasitologie	N...
Pathologie chirurgicale	LAURENCE (G.)
—	KUSS (R.)
—	VERNE (J.-M.)
Pathologie exotique	BRUMPT (L.-C.)
Pathologie expérimentale et comparée	MERKLEN (F.-P.)
Pathologie médicale	LAROCHE (Cl.)
—	BRICAIRE (H.)
—	PÉQUIGNOT (H.)
Pathologie respiratoire	TURIAF (J.)
Pathologie et thérapeutique générales	MAURICE (P.)
Pharmacologie	BOISSIER (J.-R.)
—	LECHAT (P.)
Physiologie	BARGETON (D.)
—	PARROT (J.)
Physiologie et pathologie obstétricales	LEPAGE (F.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)

	MM.
Technique chirurgicale et Chirurgie expérimentale	N...
Thérapeutique	LAMOTTE (M.)
Thérapeutique appliquée	N...

b) Professeurs à titre personnel :

Anatomie	CABROL (Ch.)
Anatomie anthropologique	OLIVIER (G.)
Anatomie pathologique	NEZELOF (Ch.)
Bactériologie	BARBIER (P.)
Biochimie médicale	DREYFUS (J.-Cl.)
Biologie médicale	BOURLIÈRE (F.)
Parasitologie	LARIVIÈRE (M.)
Pathologie expérimentale	LOEPER (J.)
Physiologie	{ DEJOURS (P.)
	{ SCHERRER (J.)
	{ KELLERSHOHN (L.)
Physique médicale	{ GOUGEROT (L.)
	{ ROUCAYROL (J.-Cl.)
	{ TUBIANA (M.)
Radiologie médicale	FISCHGOLD (H.)

2° CHAIRES DE SCIENCES CLINIQUES

a) Professeurs titulaires :

	MM.
Clinique carcinologique	DENOIX P.
Clinique carcinologique chirurgicale (Necker)	REDON (H.)
Clinique cardiologique (Broussais)	SOULIÉ (P.)
— — (Boucicaut)	LENÈGRE (J.)
	Beaujon LORTAT-JACOB (J.-L.)
	— BAUMANN (J.)
Cliniques chirurgicales	Cochin LEGER (L.)
	Hôtel-Dieu PATEL (J.)
	Saint-Antoine GOSSET (J.)
	Salpêtrière SICARD (A.)
	Tenon OLIVIER (Cl.)
Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique (Cochin)	MERLE d'AUBIGNÉ (R.)
— — — (Foch)	PADOVANI (P.)
— — — (Beaujon)	CAUCHOIX (J.)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique (Enfants-Malades)	FÈVRE (M.)
Clinique de chirurgie cardio-vasculaire (Broussais)	DUBOST (Ch.)
Clinique de chirurgie thoracique (Laennec)	MATHEY (J.)
Clinique dermatologique (Saint-Louis)	DUPERRAT (F.)
Clinique endocrinologique (Pitié)	DECOURT (J.)
Clinique de Génétique médicale (Enfants-Malades)	LAMY (M.)
Clinique chirurgicale et gynécologique (Broca)	HUGUIER (J.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques (Saint-Louis)	DEGOS (R.)
Clinique des maladies des enfants (Enfants-Malades)	TURPIN (R.)
Clinique des maladies infectieuses (Claude-Bernard)	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale (Sainte-Anne)	DELAY (J.)
Clinique des maladies du sang (Broussais)	BERNARD (J.)
Clinique des maladies du système nerveux (Salpêtrière)	CASTAIGNE (P.)
	Bicêtre DEPARIS (M.)
	Broussais MILLIEZ (P.)
	Cochin N...
Cliniques médicales	Hôtel-Dieu BARIÉTY (M.)
	Pitié DREYFUS (G.)
	Saint-Antoine CONTE (M.)
	Saint-Antoine KOURILSKY (R.)
	Saint-Antoine BOUDIN (G.)

A mes très chers Parents

Leur présence, leur sollicitude à toute
épreuve m'ont toujours accompagnée.

En témoignage de ma reconnaissance infinie
et de mon tendre attachement.

A tous les miens.

A mes amis,

sans oublier mes amis suisses.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Jean BOYER

Officier de la Légion d'Honneur

Professeur titulaire de la Chaire d'Hygiène
et Médecine préventive à la Faculté de Médecine de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

dont nous avons eu l'avantage de bénéficier
de toute la richesse de l'enseignement.

Il a bien voulu nous faire l'honneur de
présider cette thèse.

En témoignage de notre reconnaissance et
de notre profond respect.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Agrégé Jean RISTELHUEBER

Médecin de l'Hôpital de Saint-Denis

Il nous dispensa un enseignement empreint
de compréhension de tout problème et d'une
délicate bonté.

Initiateur de ce travail, il a guidé et
encouragé nos efforts avec tant de bienveil-
lance.

En témoignage de notre reconnaissance et de
notre profonde admiration.

A Monsieur le Professeur Henri SAPIN JALOUSTRE

Professeur Agrégé à la Faculté de Médecine

Chevalier de la Légion d'Honneur

Son appui chaleureux, son aide compétente
et efficace ont été, pour nous, source précieuse
d'encouragement et nous ont permis
de dégager l'essentiel de nos recherches.

En témoignage de notre vive gratitude.

A Mademoiselle Germaine MERCIER

Membre de la Société suisse de Psychanalyse

La clarté de sa vive intelligence, sa profonde
pénétration de toutes choses, sa conscience
exigeante ont marqué fortement notre travail
par un apport de choix.

En témoignage de toute notre affection.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Jean ROGET

Doyen de la Faculté Mixte de Médecine et de Pharmacie de Grenoble
Professeur titulaire de la Chaire clinique de Pédiatrie
et de Puériculture

En témoignage de notre respectueuse gratitude
pour tout ce qui nous fut dispensé, à la
Faculté de Médecine de Grenoble, avec autant
de conscience que de compétence et qui fut si
déterminant dans notre engagement à la médecine.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Henri LEMARCHANDS

Professeur titulaire de la Chaire de Physiologie
à la Faculté Mixte de Médecine et Pharmacie de Grenoble

Son enseignement efficace et dynamique demeure
pour nous un bien très précieux.

En témoignage de notre respectueuse affection
et de notre fidèle gratitude.

A tous nos maîtres de la Faculté de Grenoble.

A notre Maître,

Monsieur le Professeur Raoul KOURILSKY

Professeur titulaire de la Chaire de Clinique Médicale
(Hôpital Saint-Antoine)

Médecin des Hôpitaux

Membre de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'Honneur

Son courage, son dynamisme constant, son exigence pour une Médecine tournée vers le progrès, son souci d'une approche véritable du malade, nous ont fortement impressionnés.

En témoignage de notre profonde admiration et de nos sentiments de gratitude et de respectueux attachement.

A tous nos Maîtres de la Faculté de Paris.

A nos Maîtres de la Chaire d'Hygiène et Médecine préventive.

A nos Maîtres de la Chaire de Médecine du Travail.

Nous tenons à exprimer notre gratitude à tous ceux qui, par leurs conseils, leur disponibilité, leur accueil chaleureux, nous ont permis d'élaborer notre travail.

Nous devons une reconnaissance particulière à :

Monsieur Pierre LANDEMAINE

Il nous a fait bénéficier, avec générosité, de sa vaste connaissance des problèmes qui nous préoccupaient. Nous lui exprimons toute notre admiration pour l'esprit avec lequel il anime les réalisations de Rouen.

Mademoiselle le Docteur MARTINET

Médecin Assistant de l'Hôpital de Saint-Denis

Nous lui savons gré de l'intérêt qu'elle a porté à notre travail et des conseils précieux qu'elle nous a dispensés avec compétence et extrême gentillesse.

Monsieur le Docteur Fritz MORGENTHALER,

L'entretien, que nous avons eu le privilège d'avoir avec lui, a marqué profondément l'orientation de notre travail.

Nous tenons aussi à exprimer nos remerciements :

A Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier de Saint Denis
qui nous a autorisé à utiliser certains renseignements administratifs.

Notre très sincère gratitude va également :

A Madame ALLAIGRE, Secrétaire du Service du Professeur Agrégé RISTELHUEBER

Aux Services Administratif et Social du Centre Hospitalier de Saint Denis

Au Service Social de la Mairie de Saint-Denis,

Nous avons trouvé, auprès de chacun, une
extrême gentillesse, une compétence et une
conscience qui ont été pour nous un apport
très précieux.

Nous sommes très reconnaissants de l'accueil qui nous fut réservé et
de l'aide efficace prodiguée par les organismes, les services de
Documentation et bibliothèques auxquels nous nous sommes adressés.

P L A N

INTRODUCTION	p. 1
CHAPITRE I - La Maladie et l'Africain	3
CHAPITRE II - Considérations relatives à nos patients avant leur immigration	22
CHAPITRE III - Causes et conditions de l'immigration	39
CHAPITRE IV - La Vie en France	46
CHAPITRE V - Le Travail	66
BIBLIOGRAPHIE	I
ANNEXE I : Deux lettres de Travailleurs africains	XII
ANNEXE II : Liste indicative des communications, rapports et réalisations concernant le problème	XIV

I N T R O D U C T I O N

Dès les années 1960, au Centre Hospitalier de St-Denis, on a constaté le reflet localisé d'un courant migratoire d'augmentation croissante de travailleurs Africains vers la France. Reflet se concrétisant par l'hospitalisation de malades dont le pourcentage semblait s'accroître progressivement.

C'est par sa situation dans une banlieue industrielle, pôle d'attraction de travailleurs immigrants, que le Centre Hospitalier draine et draine encore un certain pourcentage de ces malades.

Notre premier contact avec l'Africain fut donc au niveau de la salle d'hôpital, au travers du malade. Il s'agit de malades somatiques qui présentent, en majeure partie, soit une pathologie tuberculeuse, soit une pathologie originale tropicale. La proportion de tuberculose semblait dépasser les normes habituelles de nos milieux hospitaliers et n'était pas sans inquiéter.

Mais d'emblée, il paraissait impossible de dissocier ces atteintes somatiques du contexte humain et, en particulier, des difficultés d'intégration dans un milieu étranger qui n'était pas, à coup sûr, sans les influencer.

C'est ainsi que nous avons été amenés à nous préoccuper des conditions d'immigration et, mieux encore, de transplantation. Pour cela, nous avons essayé d'en suivre les principales étapes et nous avons analysé, d'une part, ce qu'est l'Africain, avant son départ, avec quel patrimoine biologique, psychologique et sociologique, il entreprend son aventure et, d'autre part, ce qu'il va trouver à son arrivée en France et le milieu dans lequel il doit s'insérer. Ainsi le problème se pose-t-il de lui-même et guidera-t-il le canevas de notre étude.

Partant de nos observations cliniques, nous envisagerons, tout d'abord, les malades du Centre Hospitalier de Saint-Denis, puis nous confronterons nos observations avec les travaux et communications nombreux concernant ce sujet.

Et, par la suite, nous tenterons d'élucider les motivations de l'immigration de l'Africain et les espoirs que cela engendre, en tenant compte de son milieu de départ et des conditions de vie antérieure.

Débarquant avec lui, nous essayerons de voir comment la France se présente à lui, quelles sont les possibilités d'accueil et les conditions de son implantation (logement, travail, organisation de vie, adaptation et comportement ainsi que le comportement des autres à son égard).

Ce travail, loin d'être exhaustif, ne prétend pas apporter des éléments nouveaux à l'analyse d'une situation sur laquelle se sont penchées de nombreuses personnalités qualifiées de disciplines diverses (médicale, sociologique, démographique, ethnographique). Il répond simplement à la nécessité d'approcher d'un problème profondément humain qui ne peut, dans son ensemble et sa complexité, laisser indifférent le médecin. Ce médecin qui, découvrant les atteintes somatiques, ne peut manquer de se demander dans quelle mesure elles sont en rapport (nous insistons sur cet aspect du problème) avec les difficultés d'intégration dans un milieu étranger.

Notre étude sera limitée par le fait que nous nous sommes contentés d'observer extérieurement les comportements. Nous aurions aimé appréhender le vécu intérieur de ces sujets, comme l'ont fait, chez les Dogons, P. PARIN et F. MORGHENTHALER, mais les conditions dans lesquelles ont été faites ce travail ne nous le permettaient pas.

CHAPITRE I

LA MALADIE ET L'AFRICAIN

Dans le service du Professeur Agrégé RISTELHUEBER l'Africain nous est apparu à travers le malade. De ce malade, nous allons nous efforcer de remonter d'abord à la maladie. Cette dernière nous permettra, en les analysant, d'en dégager les caractères généraux que nous confronterons avec ceux que tous les auteurs s'accordent à signaler.

Puis, revenant au malade, nous envisagerons quelques-uns des aspects des problèmes auxquels il se trouve confronté.

Nous envisagerons donc successivement :

- 1) - La maladie
- 2) - Le malade hospitalisé.

I - LA MALADIE

- Bilan d'ensemble du Centre Hospitalier de Saint-Denis.

- Quelques considérations sur la pathologie des malades originaires d'Afrique Noire dans un service de médecine au cours des 2^e et 3^e trimestres 1966.

A) BILAN D'ENSEMBLE DU CENTRE HOSPITALIER DE SAINT-DENIS.

a) NOMBRE D'HOSPITALISES

Les chiffres révèlent une certaine stabilité.

1962 : 130 Africains noirs pour un nombre total de 10.573 (maternité comprise).

1963 : 175 Africains noirs pour un nombre total de 7.940 (maternité non comprise) soit 2,2 %.

1964 : 185 Africains noirs pour un nombre total de 7.965 (maternité non comprise) soit 2,32 %.

1966 : 199 Africains noirs pour un nombre total de 8.050 (maternité non comprise) soit 2,47 %.

b) ORIGINE GEOGRAPHIQUE DE CES MALADES.

	MALI	SENEGAL	MAURITANIE	GUINEE	Hte VOLTA	SOUDAN
1963	64,4%	12,9%	17,6%	0,5%	0	5,1%
1964	60%	20,6%	18,3%	0	0,5%	1,6%
1966 (2 ^e et 3 ^e trimestre)	67,7%	11,3%	21,1%	0	0	0

TABLEAU n° 1

c) REPARTITION DE CES MALADES DANS DIFFERENTS SERVICES.

	MEDECINE	CHIRURGIE	SPECIALITES
1963	56,5%	37,7%	5,8%
1964	70,3%	22,7%	7%
1966 (2 ^e et 3 ^e trimestre)	68,7%	25%	6,3%

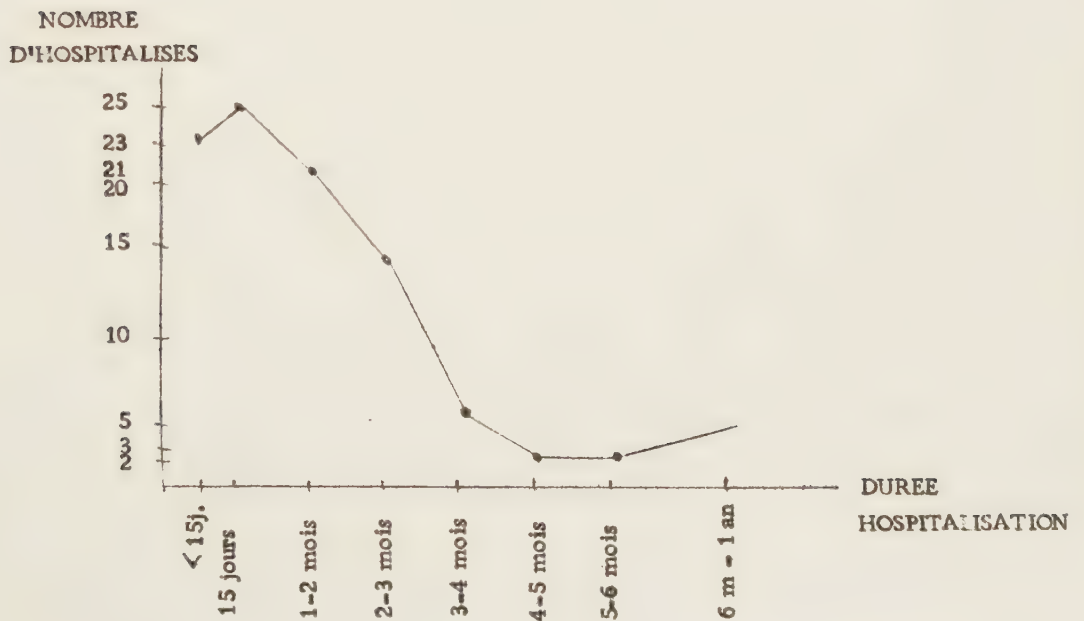
TABLEAU n° 2

N.B. Spécialités : Ophtalmologie - urologie - otorhinolaryngologie.

d) DUREE D'HOSPITALISATION

COURBE n° 1

Durée d'hospitalisation
2^e - 3^e trimestre 1966.



Nous constatons que la durée d'hospitalisation la plus fréquemment rencontrée se situe entre 15 jours et un mois.

Parmi les séjours de courte durée, il faut signaler parmi les causes, les accidents du travail de faible gravité. De toutes façons le motif d'hospitalisation est toujours sérieux.

e) GENERALITES SUR LES MALADES HOSPITALISES.

Les malades hospitalisés sont des hommes. Il faut cependant signaler la présence unique d'une femme (2^e trimestre 1966). Il s'agissait d'une ivoirienne, femme de ménage dans une entreprise, qui avait immigré avec son mari. (La fiche n'a pas été comptabilisée dans notre recensement).

Ces hommes hospitalisés sont en grande majorité des hommes jeunes (cf courbe n° 2)



La courbe n° 2 concerne la répartition des âges parmi les hospitalisés durant les 2^e et 3^e trimestres 1966. Cette courbe met en lumière deux éléments intéressants :

- Le plus grand nombre des sujets hospitalisés ont entre 25 et 30 ans, ce qui est le reflet de l'âge moyen des immigrants.

- Un nombre relativement important de malades est âgé de plus de quarante ans. On peut ici s'interroger sur le rôle joué par l'âge quant à la diminution de résistance du terrain.

f) LES PROBLEMES ADMINISTRATIFS INHERENTS A LA MALADIE.

Lorsqu'il tombe malade le travailleur peut ne pas être encore assujéti à la Sécurité Sociale (date d'arrivée trop récente) ou, pour n'avoir pas fait les démarches administratives nécessaires, avoir perdu ses droits aux prestations à la suite d'un chômage prolongé. Dans ces deux cas une demande d'assistance médicale est effectuée. L'assistance médicale est toujours demandée pour couvrir le ticket modérateur, mais l'accord n'est pas systématique (conditions financières du malade jugées suffisantes).

A titre d'exemple, pour les 96 hospitalisés durant les 2^e et 3^e trimestre 1966 :

- 3 malades, hospitalisés moins de 15 jours après leur arrivée, ne sont pas encore immatriculés à la Sécurité Sociale.

- 1 malade possède un récépissé provisoire d'immatriculation à la Sécurité Sociale.

- 1 malade, chômeur, a perdu ses droits aux prestations car il ne s'est pas inscrit au chômage.

En réalité sur 96 hospitalisés, 4 seulement ne sont pas immatriculés à la Sécurité Sociale, soit environ 4,3%.

Il était important de mettre le point sur cette question car elle entraîne deux sortes de déductions :

- La difficulté qu'éprouvent ces travailleurs à affronter la machine administrative.

- Le coût que représente l'hospitalisation de ces malades.

B) QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LA PATHOLOGIE DES MALADES AFRICAINS HOSPITALISES DANS LE SERVICE DE MEDECINE DU PROFESSEUR AGREGE RISTELHUEBER, AU COURS DES 2^e ET 3^e TRIMESTRES 1966.

a) LES DIAGNOSTICS PORTES

Nous avons retrouvé dans le service la pathologie très évocative de l'Africain, telle qu'elle a été décrite par de nombreux auteurs.

Nous envisagerons la classification suivante quant aux diagnostics pratiqués :

- La tuberculose
- Les parasitoses
- Les autres maladies.

Notre étude portera sur 20 observations.

2- LA TUBERCULOSE

Les différentes formes de pathologie tuberculeuse diagnostiquées se répartissent de la manière suivante :

- ADENOPATHIES MEDIASTINALES

- Isolées : 2 bilatérales

1 unilatérale (péribronchique droite)

Dans ces 3 cas, le diagnostic a été porté sur les renseignements cliniques, radiologiques, les tests tuberculiniques. Les recherches du Bacille de Koch se sont révélées négatives.

Nous pouvons ajouter à ces 3 cas une adénopathie unilatérale droite, chez un malade envoyé par le sanatorium où il était traité. Le motif de l'hospitalisation était une bilharziose urinaire.

- Associées à une autre lésion tuberculeuse.

- Une adénopathie médiastinale droite (présence de B.K. dans les crachats) associée à une P.S.F droite.

- Une adénopathie médiastinale gauche associée à une adénite sous angulo-maxillaire tuberculeuse (présence de BK dans le pus). Signalons la découverte, en cours d'hospitalisation chez ce malade, d'une bilharziose urinaire.

- LOCALISATIONS PARENCHYMATEUSES

- 1 lobite supérieure gauche tuberculeuse excavée.

- 1 pneumopathie aiguë fébrile. Des BK sont retrouvés dans l'expectoration.

- 1 caverne siégeant au niveau du lobe supérieur droit. BK retrouvés dans l'expectoration.

- TUBERCULOSE DES SEREUSES.

- 1 Pleurésie séro-fibrineuse gauche. BK retrouvés dans le liquide pleural.

- 1 pleurésie séro-fibrineuse droite. La recherche du BK est négative.

- 1 péricardite considérée comme tuberculeuse, à laquelle a été associé, au début, un petit épanchement pleural gauche.

- Nous rappelons la pleurésie séro-fibrineuse droite associée à une adénopathie médiastinale droite déjà citée.

- TUBERCULOSE OSTEO-ARTICULAIRE.

- 1 coxalgie gauche associée à un mal de POTT D10 - D11, compliquée d'abcès médiastinal et lombaire droit et d'un abcès du psoas, d'évolution favorable sous traitement.

- ADENITE TUBERCULEUSE PERIPHERIQUE.

- 1 adénite sous angulo-maxillaire droite associée à une adénopathie médiastinale gauche (déjà citée).

- EN CONCLUSION :

Nous retrouvons ici l'importance que revêt la pathologie tuberculeuse au sein des communautés africaines.

Ainsi sur 20 malades, 13 présentent des lésions tuberculeuses en évolution :

- 12 malades sont hospitalisés pour tuberculose.

- 1 malade déjà traité dans un sanatorium pour tuberculose, est hospitalisé pour bilharziose.

- 9 placements sont effectués en milieu sanatorial.

Ces quelques observations rejoignent les constatations du Professeur BROCARD et de ses collaborateurs (Communication du 15 juin 1964 à la commission de la tuberculose du Ministère de la Santé Publique). En effet on retrouve :

- La grande fréquence des localisations ganglionnaires médiastinales et, dans une proportion non négligeable, de certaines autres localisations : séreuses (P.S.F, péricardite), ostéo-articulaires. A propos de ces dernières, le bilan très partiel que nous présentons ne met peut-être pas suffisamment

en lumière la place qu'elles semblent occuper actuellement. En effet, dans le service du Professeur Agrégé RISTELHUEBER, il a été observé, au cours des dernières années chez les travailleurs africains, des cas de mal de POTT qui ne sont plus observés actuellement chez les malades européens, en particulier des cas de mal de POTT découverts à l'occasion d'une paraplégie.

- L'évolution rapide et parfois cliniquement bruyante (type pneumopathie aiguë par exemple) de la maladie et sa grande sensibilité à l'antibiothérapie.

- Les Africains arrivant en France sont déjà tuberculisés dans 70% des cas environ, mais pour la plupart d'entre eux, ils ne présentent pas la maladie au cours des premiers mois de leur séjour en France. En effet, sur les 13 malades cités, tous étaient en France depuis plus d'un an.

Rappelons les conclusions du Professeur BROCARD pour lequel l'éclosion de la tuberculose est liée étroitement à la surcontamination dans un milieu communautaire qui en fournit les conditions optima, et aux agressions multiples liées à une transplantation dans de mauvaises conditions, fragilisant le terrain.

Cette situation est alarmante pour l'individu, mais également pour la collectivité, collectivité africaine principalement, mais également pour l'entourage européen. Le problème est d'autant plus difficile que les conditions de vie des travailleurs africains favorisent l'apparition de la maladie et sont un obstacle au dépistage, car les communautés sont d'accès difficile tant au médecin qu'à l'assistante sociale. Il faut cependant signaler les efforts déployés pour favoriser le dépistage : citons à titre d'exemple les visites systématiques pratiquées à bord d'un camion par le Docteur BURIN (collaborateur du Professeur BROCARD), visites non obligatoires, mais préparées sur le plan psychologique. Citons également l'organisation du service de pneumophtisiologie du Centre BOSSUET (Centre médico-social, organisé pour les travailleurs africains).

β - LES PARASITOSEs.

Parmi les 20 observations recueillies, on relève évidemment la grande part revenant à la pathologie tropicale chez ces malades.

- BILHARZIOSES URINAIRES

Il a été observé :

- 3 cas de bilharzioses urinaires avec présence de bilharzies dans les urines et lésions vésicales mises en évidence à la cystoscopie.

- 1 cas de bilharziose urinaire avec lésion vésicale accompagnée de dracunculose du membre inférieur droit et présence de microfilaires dans le sang.

- 1 cas de bilharziose urinaire dépistée chez un sujet présentant une orchépididymite aiguë avec kyste de l'épididyme.

- Signalons que chez tous les malades africains hospitalisés, on pratique systématiquement une recherche de bilharziose. C'est ainsi que l'on a découvert un cas de bilharziose latente chez un sujet tuberculeux, un chez un malade présentant une adénopathie occipitale accompagnant un impétigo du cuir chevelu, un chez un malade présentant un saturnisme.

- Au total, sur 20 malades hospitalisés, 5 le sont pour bilharziose, celle-ci est découverte lors d'examens systématiques chez 3 autres.

- FILARIOSES

Les examens ophtalmologiques sont pratiqués systématiquement à la recherche d'une filariose oculaire, de même que l'examen soigneux de cicatrices témoignant d'une dracunculose antérieure.

Sur les 20 malades précités, nous devons citer un cas d'onchocercose et de dracunculose associées chez un même malade. Mais ce pourcentage ne portant que sur 20 cas, n'est sûrement pas le reflet de la réalité.

Y- LA LEPRE

Aucun cas de maladie de HANSEN n'a été dépisté au Centre Hospitalier de Saint-Denis.

Il faut cependant en signaler certains cas, décrits par le Professeur MERKLEN. D'autre part, le Professeur BOYER a souligné le rôle important joué dans la pathogénie de la maladie par les carences protéiques, qui sont fréquentes chez les Africains noirs. (Séances du 8-2-63 du Conseil d'Hygiène Publique et de Salubrité du Département de la Seine). On peut rapprocher de

ces résultats les études faites chez de jeunes Portugais de race blanche, vivant en Angola dans des conditions très précaires.

△ - PATHOLOGIE DIVERSE

Sur les 20 malades concernés par ce chapitre il a été observé :

- Un cas de DDB localisée au segment inférieur gauche.
- Un cas d'adénopathie occipitale rattachée à un impétigo du cuir chevelu (cependant chez ce malade on découvre à l'occasion d'un bilan systématique, une bilharziose urinaire citée plus haut).
- Un cas de cystite pour laquelle l'enquête étiologique révèle une recherche de bilharziose négative.
- Un cas de néphropathie subaiguë hypertensive.
- Un cas de saturnisme associé à une bilharziose.

Ces 5 observations ne reflètent que très partiellement les divers aspects de la pathologie non tuberculeuse et non tropicale que peut présenter l'Africain. Ce bilan est trop restreint pour permettre de saisir cette pathologie dans sa totalité. Signalons cependant que ce bilan concerne les hospitalisations durant une saison chaude, éliminant les pneumopathies hivernales, auxquelles ces malades sont particulièrement exposés. Par ailleurs la vocation du service étant la médecine générale, les troubles psychiques graves et caractérisés n'y sont pas rencontrés; on ne peut signaler que quelques bouffées délirantes observées chez certains malades, hospitalisés au cours des années marquant le début de l'immigration : ceci peut être considéré comme le symptôme d'une difficulté d'adaptation.

b) RESULTATS DE CERTAINES EXPLORATIONS SYSTEMATIQUES.

Ces explorations sont de deux ordres : cliniques et paracliniques. Certaines d'entre elles s'insèrent dans le contexte de la maladie elle-même et même participent à l'élaboration de son diagnostic. Cependant, dans certains cas, elles peuvent donner lieu à des résultats isolés, constituant alors un symptôme essentiel non rattaché à une étiologie précise et présentant une certaine originalité.

α- EXPLORATIONS CLINIQUES

- Recherche d'une notion d'asthénie.

La notion d'asthénie revient fréquemment mais il est difficile de déterminer dans quelle mesure elle est imputable au processus pathologique ou au syndrome de transplantation. Dans le même cadre on recherche et on note fréquemment la notion d'insomnie.

- La prise de tension artérielle.

Celle-ci révèle une tendance à l'hypotension.

- L'exploration des territoires ganglionnaires.

Elle révèle fréquemment l'existence d'une adénopathie faite le plus souvent de petits ganglions, non douloureux.

Parmi les 20 malades étudiés, 6 présentent des adénopathies diverses qui ne semblent pas rattachables à une cause évidente. Leur répartition est la suivante :

- Dans les 6 cas il existe une adénopathie inguinale.

- Dans 1 cas associée à une adénopathie sus-claviculaire et sous-maxillaire droites.

- Dans 1 cas à une adénopathie axillaire droite.

- Dans 1 cas à une adénopathie axillaire bilatérale.

La présence de ces adénopathies peut s'expliquer par les agressions multiples auxquelles ces sujets sont soumis (Docteur CASSOU) ou comme étant un aspect séquellaire du terrain rachitique (adénolymphisme).

- Exploration du foie et de la rate.

Aucune hépato-mégalie n'a été mise en évidence chez les 20 malades.

Par contre deux malades présentaient un pôle inférieur de la rate palpable. Il est intéressant de constater que l'un de ces malades présentait une bilharziose urinaire, l'autre une tuberculose ostéo-articulaire et la recherche d'une parasitose s'est révélée négative chez ce malade.

- L'examen des téguments.

Déjà évoqué, il recherche systématiquement des cicatrices représentant une séquelle éventuelle de filariose antérieure.

β - EXPLORATIONS PARACLINIQUES

- Numération Formule Sanguine

On observe le plus souvent une légère anémie, toujours hypochrome, le taux d'hémoglobine variant de 70 à 90%.

L'étude de la formule blanche révèle une diminution des granulocytes au profit des mononucléaires, déjà signalée par certains auteurs comme étant caractéristique chez l'Africain (Ph. LEFEVRE).

L'éosinophilie est variable. Par ordre décroissant nous avons retrouvé les pourcentages suivants : 37%, 26%, 23%, 23%, 17%, 17%, 11%, 8%, 5%, 5%, 4%, 3%, 2%, 0%. Les chiffres élevés correspondant aux cas de parasitoses diagnostiquées.

- Réactions Sérologiques

Sur 16 malades chez lesquels elles ont été pratiquées, 6 réactions de Bordet-Wassermann se sont révélées positives, 4 fois seulement sur ces 6 malades le Test de Nelson était positif à 90 ou 100% d'immobilisation spécifique.

La fréquence relativement grande de la positivité de ces réactions (37,4% pour le B.W.) soulève des problèmes diagnostics délicats. En effet on ne peut conclure formellement au diagnostic de syphilis car la découverte de ces signes sérologiques n'a jamais été accompagnée de manifestations cliniques ou d'antécédents syphilitiques nets. Par ailleurs on sait que le pian et la syphilis présentent des réactions sérologiques croisées, ce phénomène pouvant même concerner le test de NELSON. Il est donc impossible de tirer des conclusions formelles. Cela n'exclut pas, le cas échéant, la mise en route d'un traitement spécifique, traitement qui a l'avantage de s'adresser au pian comme à la syphilis.

EN CONCLUSION

La pathologie rencontrée le plus fréquemment est donc la pathologie tuberculeuse et la pathologie parasitaire.

Il faut souligner le rôle important, si ce n'est déterminant, des conditions de transplantation. Elles peuvent être révélatrices d'une parasitose

occulte ou déclencher l'évolution de la maladie tuberculeuse.

Le problème sanitaire est grave car l'immigration constitue, pour les pays d'origine, une hémorragie d'hommes nécessaires, s'ils pouvaient être utilisés. La transplantation peut avoir une action néfaste sur leur état de santé. En effet, les conditions de logement souvent déplorables, échappant à toute notion d'hygiène la plus élémentaire, la journée de travail prolongée par des heures supplémentaires, l'alimentation défectueuse, sont autant de facteurs qui aggravent les effets de la transplantation. Le sujet rentre alors déficient dans son pays d'origine et devient un poids pour celui-ci, au lieu d'être un élément actif.

2 - LE MALADE HOSPITALISE

La maladie pour l'Africain revêt les proportions d'une catastrophe. Il vient en France pour travailler, uniquement; l'hospitalisation l'arrête dans ses activités ou, si elle intervient dès son arrivée, l'empêche d'entreprendre quoique ce soit. Il se retrouve sans aucune ressource, parfois avec les dettes qu'il a contractées pour son voyage, à rembourser. De plus, pour lui, l'hôpital représente un lieu de souffrance.

Bien qu'il soit pris en charge par sa communauté (ceci est la règle), l'épreuve n'en demeure pas moins entière et cette situation est génératrice d'angoisse profonde.

L'hospitalisation est, pour tout individu, source d'angoisse, mais dans le cas du travailleur africain, elle s'inscrit dans un contexte de transplantation. L'insertion dans le milieu hospitalier n'en est rendue que plus difficile. L'isolement est ressenti plus intensément que chez l'européen, car l'Africain est coupé de sa communauté, qui représente, pour lui, son seul pôle de sécurité à l'étranger.

Nous allons nous attacher à faire quelques remarques sur le mode de relation qui s'établit entre le malade et le milieu hospitalier.

- Relation à l'hôpital
- Relation au médecin
- Relation aux infirmières
- Relation aux autres malades.

A - LA RELATION A L'HOPITAL.

Au moment de décider de l'hospitalisation, on se heurte, pour toutes les raisons que nous venons d'évoquer, à une forte résistance, d'autant plus que ces sujets, courageux, minimisent leurs symptômes très souvent. Cette résistance se manifeste, à des degrés divers lorsque l'on veut faire accepter, au malade, la prolongation du séjour hospitalier, une cure sanatoriale ou une période de convalescence, dans une maison de repos. Les conflits ainsi déclenchés, se soldent parfois par une sortie contre avis médical.

A titre d'exemple, nous envisagerons le résultat des placements effectués par le service, au cours des 2^e et 3^e trimestres 1966.

Sur les 9 placements :

- 7 malades ont quitté l'établissement de cure après un laps de temps plus ou moins long,

Parmi ceux-ci :

- 2 en ont été renvoyés pour refus de traitement,
- 4 le quittent contre avis médical,
- 1 le quitte, mais revient régulièrement en consultation au Centre Hospitalier.

Ces chiffres semblent élevés, mais ils ne sont qu'indicatifs si l'on tient compte que le bilan concerne une période limitée. Par ailleurs, nous pouvons constater que ce genre de problème n'est pas spécifique de l'Africain. En effet, référons nous par exemple, aux observations faites par le Docteur J. BEGOIN, en milieu sanatorial parmi les européens et aux statistiques citées par cet auteur. D'après les chiffres sur lesquels concordent phthisiologues français et étrangers, "le pourcentage de 25% de sorties irrégulières a été estimé comme un taux favorable; il atteint et dépasse souvent 40%.

Pour l'Africain, le phénomène apparaît comme grossi à la loupe. Il est favorisé, en effet, par le contexte de transplantation auquel nous avons déjà fait allusion et par les difficultés de prendre conscience d'une maladie qui ne le fait pas souffrir, ou de saisir, lorsqu'il se croit guéri, les exigences de la cure. Cet état de fait a même conduit certains chirurgiens thoraciques, à opter, parfois, pour l'intervention, moyen thérapeutique radical, prévoyant l'interruption précoce du traitement classique.

On s'aperçoit à quel point l'éducation sanitaire est utile. Pour être réellement efficace, celle-ci devrait être faite dans la langue vernaculaire, car le français ne lui est pas suffisamment familier et désinvesti effectivement pour qu'il puisse saisir les explications données dans cette langue.

Au Centre Hospitalier de Saint-Denis, on a remarqué, toutefois, une évolution du comportement du malade vis-à-vis de la nécessité d'être traité.

- Il consulte beaucoup plus facilement un médecin de quartier. Ainsi, lors des premières années de forte immigration, rares étaient les

malades adressés à l'hôpital par un médecin de ville. Actuellement, au contraire, leur nombre s'accroît.

- Il accepte avec beaucoup plus de facilité les séjours prolongés en milieu hospitalier, ou le départ en sanatorium.

- Certaines manifestations bruyantes de la difficulté d'adaptation, telles que des bouffées délirantes, ont nettement régressé depuis ces dernières années.

- Il faut ajouter à cela la constatation, que nous avons faite, de la facilité et la rapidité avec laquelle le malade s'est toujours plié, au rituel de la salle d'hôpital, représentant pour lui un univers nouveau, différent de sa communauté.

- Nous reviendrons sur ces observations pour en tirer quelques conclusions, mais nous sommes déjà autorisés à penser qu'elles constituent un aspect d'une certaine souplesse de la part de ce malade.

B - LA RELATION AU MEDECIN.

Vis à vis du médecin, l'attitude du malade africain est docile, teintée de passivité. Il existe une certaine distance entre eux, le médecin reste celui de qui l'on attend une solution magique. Mais ne retrouve-t-on pas, en quelque sorte, un mode de relation similaire pour certains malades européens.

Nous insérons, en annexe, quelques exemples de lettres adressées au médecin, écrites par le malade ou par un camarade scolaire. Ce moyen de communication souvent en rapport avec une difficulté de s'exprimer en français, dénote bien une certaine timidité, mais aussi la préoccupation majeure de la reprise du travail.

C - LA RELATION A L'INFIRMIERE.

Les contacts avec les infirmières sont plus réguliers qu'avec le médecin et, très vite, le malade se polarise sur l'une d'elles. Il recherche une relation affective chaleureuse, qui peut conduire parfois à des déclarations d'amour naïves. La non réponse à ces demandes d'affection, peuvent l'amener à des réactions agressives. Par ailleurs, les exigences matérielles

faisant suite à la docilité du début, signalées par les infirmières, croissent avec la recherche d'une relation privilégiée.

D - LA RELATION AUX AUTRES MALADES.

a) Les autres Africains.

Dans la mesure où plusieurs Africains se retrouvent dans une même salle, ils ont une tendance naturelle à se regrouper. Cela leur permettra de mieux supporter l'hospitalisation, mais pourra déclencher, dans la mesure où le groupe est important, des réactions parmi les autres malades, comme nous aurons l'occasion de les souligner.

b) Les Algériens.

Quelques conflits peuvent éclater, prolongement de ceux que nous aurons l'occasion d'évoquer ultérieurement.

c) Les Français et les autres Européens.

En apparence il n'existe pas de problèmes particuliers, les rapports semblent faciles. Lorsque les noirs sont présents, en très petit nombre, dans une salle, ils sont considérés avec sympathie par les autres malades. Cependant, lorsque leur pourcentage s'élève, les européens ont une réaction que l'on pourrait qualifier de défense. Certains sociologues s'accordent à dire que lorsque le pourcentage d'une communauté étrangère atteint une valeur critique, les réactions de racisme, dans le milieu récepteur, s'extériorisent. On serait tenté de rapprocher de cet état de fait, la réticence des Européens à accepter une cure sanatoriale, dans un établissement recevant également des Africains. Cette attitude, associée aux problèmes de discipline inhérents à la cure sanatoriale, a pour conséquence les difficultés rencontrées, par les services sociaux, pour obtenir le placement des tuberculeux, comparativement à celui des Européens. Il en résulte que le séjour de ces malades se prolonge, en milieu hospitalier, posant des problèmes d'isolement délicats.

EN CONCLUSION.

Nous aurons l'occasion, ultérieurement, d'analyser certains aspects de la vie relationnelle de ces sujets, en nous arrêtant sur l'un d'eux, qui semble particulièrement intéressant. Il s'agit de la relation au "patron".

Nous tenterons d'en dégager, en particulier, le rôle dans le mode de relation en milieu hospitalier.

Cependant, d'ores et déjà, nous pouvons faire quelques remarques au sujet de la signification du comportement de ces malades, en milieu hospitalier.

o o o

L'adaptation du début n'est qu'une pseudo-adaptation. Elle recouvre un état dépressif, né de la deafferentation du milieu habituel et de la maladie inconnue. On peut comprendre l'attitude exigeante qui lui succède, comme une recherche de contacts sur un mode regressif, infantile, correspondant à une demande d'affection. Il est évident que le malade ne peut jamais être satisfait, car sa demande est trop fondamentale. Il veut, non seulement la guérison, mais l'affection; comme un enfant l'exige de sa mère. Ce comportement est bien connu de tous ceux qui ont eu à s'occuper de malades faisant de longs séjours en hôpital. Chez les Européens, ces manifestations sont plus discrètes, elles existent de façon comparable chez les jeunes enfants hospitalisés (SPITZ).

Nous avons montré précédemment, les mécanismes régressifs utilisés par les malades pour lutter contre l'anxiété et pour essayer de s'adapter à l'hôpital. Si nous allons plus loin et que nous essayons de comprendre pourquoi ces manifestations sont plus importantes dans leur intensité et leur fréquence, que chez les blancs, nous nous croyons autorisés de répondre qu'il s'agit là de l'importance des facteurs sociologiques. Nos malades africains sont issus de milieux où, l'individualité est moins développée et où l'appartenance à la communauté, en tant qu'élément d'un tout, est l'aspect prédominant. Nous savons, par les travaux comparatifs qui ont été faits que, dans ces sociétés organisées de façon plus rigide que la plupart des nôtres, l'individu a moins de possibilités de se différencier. Les problèmes de l'adolescence n'existent pas, car on passe directement de l'état d'enfant à l'âge adulte, en se conformant à l'idéal du milieu. Il n'y a pas ces possibilités d'identification multiples que vivent les adolescents de nos civilisations.

En conséquence, la personnalité est moins autonome et d'autant plus fragile quand elle est désinsérée de son milieu.

Cependant, la manière dont évolue l'attitude du malade en milieu hospitalier, comme sa facilité à se plier aux normes d'une vie nouvelle pour lui, constituent la preuve que l'organisation de sa personnalité se fait selon une structure ouverte et non rigide.

Nous nous défendons expressément de porter un jugement de valeur sur un mode de vie ou sur un autre. Nous constatons simplement que nous devons tenir compte de toutes ces coordonnées pour apprécier les perturbations liées au changement de milieu, chez des individus dont les relations interpersonnelles s'effectuent de manière très différente.

C'est une très grosse difficulté, pour nous, médecins, que de nous départir de nos critères culturels pour comprendre le vécu de ces malades.

C H A P I T R E I I

CONSIDERATIONS RELATIVES A NOS PATIENTS

AVANT LEUR IMMIGRATION

Nous n'avons pas la prétention de faire une étude approfondie. Nous avons essayé de cerner les aspects particuliers de l'intégration de l'Africain dans son milieu, milieu structuré très différemment du nôtre.

- 1 - GENERALITES
- 2 - ORIGINE GEOGRAPHIQUE
- 3 - ORIGINE ETHNIQUE
- 4 - ORGANISATION DES SOCIETES
- 5 - SITUATION ECONOMIQUE - NIVEAU D'INSTRUCTION
- 6 - CONSIDERATIONS SUR LE TERRAIN SOMATIQUE DU FUTUR MIGRANT
- 7 - CONSIDERATIONS SUR LA PERSONNALITE DU FUTUR MIGRANT

CONCLUSIONS.

1 - GENERALITES

Le mouvement migratoire a pris une extension croissante depuis 1959. Si ce mouvement a donné lieu à des enquêtes nombreuses et à des études de nature variée, (socio économique, médicale, etc..) on dispose de renseignements statistiques limités par les difficultés de recensement.

D'une part, ces travailleurs ne relèvent pas de l'Office National d'Immigration (ONI) (1). D'autre part, selon J. Mesnil, les arrivées en France et les départs, n'ont été relevés systématiquement que lorsque le mouvement avait déjà pris de l'extension. De plus, les résultats globaux sont faussés par les entrées clandestines.

On peut également se baser sur les recensements effectués auprès des logeurs, mais, selon G. Delerm, les résultats sont sujet à caution, car les logeurs ont tendance à déclarer un nombre inférieur à l'effectif réel. De plus, leurs propres évaluations sont faussées par les clandestins, qui pénètrent dans les dortoirs le soir.

D'après J. Mesnil, une autre source de renseignements nous est fournie par les fichiers de la Sécurité Sociale, mais elle ne tient pas compte des chômeurs et des nouveaux arrivés non inscrits. Quant aux chiffres relevés auprès des entreprises, ils sont partiels car, seules, certaines grosses entreprises sont susceptibles de les fournir.

Nous emprunterons les chiffres globaux à G. Delerm, publiés dans la Revue-Population de mars 1964, repris dans "Documents et Actualités" des Cahiers Français (avril 1965) et dans la Revue "Vitalité Française" (novembre-décembre 1966)

Au 1er janvier 1964

le recensement des Noirs en France nous permet d'insérer l'immigration des travailleurs Africains dans l'immigration noire globale :

(1) Exceptés quelques travailleurs engagés directement en Afrique, par des employeurs français.

<u>Afrique Noire</u>	73.500 dont 45.000 travailleurs
<u>DOM et TOM *</u>	96.000 dont 74.000 antillais
<u>Amérique</u>	7.500
<u>Soit au total :</u>	177.000
	=====

Le chiffre de 45.000 est un chiffre moyen et l'on estime, à cette date, entre 40 et 50.000 travailleurs noirs dont 28.000 dans la région parisienne.

Les chiffres repris en avril 1966, par le même auteur, sont les suivants :

<u>Etudiants et Lycéens</u>	11.000
<u>Anciens étudiants fixés</u>	
<u>en France</u>	13.500
<u>Stagiaires au titre de</u>	
<u>la coopération</u>	3.500
<u>Travailleurs</u>	50.000

N.E. Il s'agit, exclusivement, des Noirs originaires d'Afrique Noire.

On observe une certaine stabilité quantitative de cette migration entre 1964 et 1966. Cette première constatation entraîne d'emblée, une remarque : malgré les Conventions signées entre la France et les principaux Etats intéressés **, qui auraient dû avoir un effet inhibiteur sur la migration, cette dernière, si elle semble stabilisée, n'en diminue pas pour autant.

* DOM Département Outre-Mer

TOM Territoires Outre-Mer

** Conventions

France -- Mali	décret 63.560 du 30-5-1963
France -- Mauritanie	décret 64.310 du 11-1-1964
France -- Sénégal	décret 64.254 du 14-3-1964

Des sondages entrepris par des organismes privés ou officiels, révèlent que les chiffres de 45.000 sont supérieurs à la réalité, le nombre de travailleurs avoisine 25 à 30.000.

R. Delerm explique cette différence par le fait qu'il a tenu compte de certaines catégories de travailleurs non comptabilisés, ailleurs, tels que les anciens militaires, les anciens marins et les orphelins de guerre.

2 - ORIGINE GEOGRAPHIQUE

Nous nous référons aux mêmes auteurs, mais il nous semble bon de préciser que les nombreuses études que nous avons eu l'occasion de consulter, concordent pour avancer des chiffres très voisins les uns des autres.

Les pays concernés sont les états d'Afrique francophone. Plus précisément, la plus grande pourvoyeuse d'émigrants est la région dite "des trois frontières", correspondant à la moyenne vallée du Sénégal, répondant aux trois états : Sénégal, Mali, Mauritanie et au trois cercles administratifs :

KAYES	(Mali)
SALIBABY	(Mauritanie)
BAKEL	(Sénégal)

Aux originaires de ces trois pays, viennent s'ajouter, actuellement et de plus en plus, des Ivoiriens, des Dahomeyens, des Voltaïques et des Camerounais.

Cette extension est expliquée, en partie tout au moins, en ce qui concerne certains d'entre eux, (Ivoiriens en particulier), par le déplacement des embarquements de Dakar vers Abidjan, depuis les contrôles plus rigoureux exercés au départ de Dakar.

Nous ajouterons pour clore cette étude, les résultats de quelques bilans partiels. Ils nous permettront d'évaluer dans quelle mesure les constantes globales, dégagées du bilan général, se reflètent dans certains secteurs.

- Bilan partiel : concernant les Africains hospitalisés au Centre Hospitalier de St-Denis. Répartition en fonction de leur origine géographique.

cf Tableau n° 1 (Chapitre I, p. 4)

Ce bilan met en évidence une certaine stabilité, les originaires du Mali constituent en effet la majorité des hospitalisés. Le recensement des 2^e et 3^e trimestres 1966 semblent marquer un net fléchissement de l'origine sénégalaise. Ce bilan ne peut avoir qu'une valeur indicative et ne permet pas de tirer de conclusions précises.

3 - ORIGINE ETHNIQUE.

Comme pour l'étude de l'origine géographique, nous nous référerons aux deux auteurs déjà cités. Il faut, cependant, ajouter que nous avons constaté certaines différences entre leurs évaluations et celles d'un autre auteur que nous citerons également. Il nous serait difficile de trancher et nous nous bornerons donc à reproduire les résultats respectifs de ces études.

Pour <u>G. Delerm</u> :	Sarakholés	70%
Pour <u>J. Mesnil</u> :	Sarakholés	70%
	Toucouleurs	12,8%
	Bambaras	4,6%
	Peuls	-0,7%
	Ouolofs	-0,4%
	Serrères	-0,3%
	Mandjacques	1%
Pour Melle Girault :	Sarakholés	40%
	Toucouleurs	30%
	Serrères	} le reste
	Mandjacques	
	Bambaras	

Ces différences sont probablement en rapport avec les sources de recensement et, en particulier, les groupes témoins où ces études ont été effectuées. Dans une même communauté, en France, les émigrés d'une même ethnies ont tendance à se regrouper, ce qui peut fausser les pourcentages.

Cependant, nous devons signaler que, parmi les études que nous avons eu l'occasion de consulter, le pourcentage le plus fréquemment rencontré est pour les Sarakholés de 70%.

QUELQUES CONSIDERATIONS RELATIVES AUX ETHNIES EN PRESENCE

Il nous semble important, pour mieux situer les origines des travailleurs africains, de faire ressortir certains caractères des ethnies auxquelles ils sont rattachés.

D'après J. Mesnil :

Les Sarakholés

Sont retrouvés en particulier au niveau des Cercles de Bakel et Salibaby. Ils appartiennent au groupe linguistique Mande.

Toucouleurs

Race née de contacts prolongés entre Peuls et gens de race noire. Ils appartiennent au groupe linguistique Poular.

Peuls

Leur origine est mal connue. Ils appartiennent au groupe linguistique Poular.

Bambaras

Ils appartiennent à la famille des Mandingues et au groupe linguistique Mande.

Ouolofs

Ils sont retrouvés en particulier au niveau du Bas-Sénégal et du Sénégal Occidental.

Sérères

Sont retrouvés au niveau du Sénégal Occidental.

Mandjacques

Sont retrouvés en Guinée et dans la région de Dakar. Leur caractère particulier est leur appartenance à la religion catholique, qui sera, lors de leur émigration vers la France, un élément de meilleure intégration.

4 - ORGANISATION DES SOCIÉTÉS.

Les Africains qui émigrent vers la France sont, nous le verrons, pour la plupart d'origine rurale. Ainsi seront-ils issus de sociétés dont les caractères traditionnels, en dépit de l'évolution actuelle, y demeurent encore très enracinés. Malgré certaines variantes d'une ethnie à l'autre, un certain nombre d'éléments fondamentaux communs peuvent être décrits. Ceci d'autant plus que l'immigration reconnaît une origine géographique assez limitée concernant des populations voisines.

Le caractère fondamental de ces sociétés est une organisation structurée de manière assez rigide. La base de cet édifice reconnaît deux lignes de force :

- la première repose sur la parenté (le lignage - la famille)
- la seconde repose sur des critères professionnels correspondant aux castes.

o o

Nous envisagerons successivement :

- l'organisation familiale,
- les castes,
- l'organisation générale au niveau du village, de la tribu,
- la situation matrimoniale,
- la religion.

Nous choisirons pour illustrer cette étude, l'organisation sociale décrite dans la société Toucouleur, une des ethnies participantes au phénomène migratoire (J.L. BOUTILLIER).

A - L'ORGANISATION FAMILIALE.

Nous envisagerons : le lignage
le ménage
la concession.

a) le lignage.

Il englobe tous les descendants d'un même ancêtre (filiation par les hommes), chacun des membres portant en dernier nom (c'est-à-dire le troisième) le nom du lignage (ou Yettodé). A la tête de chaque lignage se trouve le plus âgé.

b) le ménage.

Il constitue l'élément de base de l'organisation familiale.

c) la concession (ou gallé)

Plusieurs ménages se regroupent, constituant une unité familiale qui réunira ainsi plusieurs générations (parents, enfants, petits enfants).

C'est au sein de la concession que l'on reconnaît l'organisation communautaire caractéristique de la vie quotidienne, en particulier sur le plan du travail, sous l'autorité du plus âgé. On y retrouve toute la chaleur communautaire à laquelle ces sujets sont habitués. L'esprit familial est basé sur la solidarité.

- on prend en charge la famille des migrants.

- on prend en charge tout naturellement ses parents lorsque cela est nécessaire.

On peut comprendre combien l'individualisme européen pourra dérouter les sujets issus d'une communauté de ce genre.

B - LES CASTES.

L'organisation des castes est liée aux activités professionnelles. L'appartenance à une caste se transmet de père en fils et, au sein d'une même caste, on retrouve, à quelques exceptions près, une tendance à l'endogamie. La répartition donnée par J. BOUTILLIER comprend :

- la caste noble réunissant entre autres les lettrés et les marabouts.

- les cultivateurs

- les pêcheurs

- les artisans

- les captifs qui sont transmis à un maître par héritage, nombreux sont affranchis.

L'élevage et l'agriculture ne sont pas, à proprement parler, des activités ~~castées~~ et peuvent être pratiquées par les membres de castes différentes.

C - ORGANISATION GENERALE.

a) Au niveau du village.

On retrouve les concessions, dont plusieurs peuvent appartenir

au même lignage, et les différentes castes qui se répartissent géographiquement selon leur spécialisation, par quartiers.

A la tête du village se trouve un chef dont les prérogatives actuelles ont nettement diminuées. En dehors de certaines fonctions administratives, il est responsable de la cohésion et de la discipline au sein du village. Ce chef appartient, le plus souvent, au lignage fondateur, mais il peut être destitué.

b) L'unité tribale couvre plusieurs villages.

D - SITUATION MATRIMONIALE.

Les mariages sont contractés par arrangement familial et l'on peut constater un certain nombre de mariages consanguins.

La polygamie, dans cette société islamisée, est de règle, mais elle est limitée. Au Sénégal le chiffre plafond est fixé à quatre (J. Mesnil). Chez les Toucouleurs, les Peuls, les Ouolofs, elle est faible, en moyenne 126 femmes mariées correspondent à 100 hommes mariés. L'attitude à l'égard de la femme est très différente de la nôtre. En effet, cette femme qui joue un rôle effacé, représente un capital et une monnaie d'échange pour son père. Un mariage ne se conclut pas sans l'achat, par le fiancé, de la jeune fille à son père. Le prix varie, au Sénégal entre 400 et 4.000 francs (J. Mesnil).

C'est probablement en partie pour cette raison que l'âge moyen de mariage des garçons est de 28 ans. Alors que celui des jeunes filles se situe entre 18 et 20 ans.

E - RELIGION.

Les Mandjacs catholiques, mis à part, les autres migrants sont musulmans. Cependant, l'animisme est resté très vivant et les religions interfèrent. Les sorciers, les esprits, jouent encore un rôle de premier plan. Quant au Marabout, personnage religieux, il est souvent magicien (J. Mesnil).

Comme le dit G. BALLANDIER "Toutes deux se renforcent pour atteindre les mêmes buts : ouvrir l'accès aux connaissances surnaturelles, obtenir les

accords nécessaires à la santé et à la puissance de la communauté."

Dans ces populations, il est certain que la morale est liée à la communauté qui en est, en quelque sorte, la garantie. La détribalisation, pour le Docteur BORREY, peut être responsable de problème d'amoralité.

EN CONCLUSION.

Nous nous sommes bornés à décrire l'aspect général des structures de ces sociétés. Il ne faut, cependant, pas perdre de vue que la vie même se déroulant dans cette communauté est insérée dans un autre cadre, celui des rites et des traditions.

C'est ainsi, au sein de cette société hiérarchisée et complexe dans ses structures et ses rites, que va se développer la vie rationnelle du sujet. Cette dernière influencera la formation de sa personnalité.

Il nous est déjà permis d'envisager à quel point la communauté sera nécessaire à son équilibre. Nous pouvons également souligner qu'à tous les échelons, il existe une soumission au plus âgé.

5 - SITUATION ECONOMIQUE - NIVEAU D'INSTRUCTION -

A - SITUATION ECONOMIQUE.

Les migrants sont, pour la plupart, d'origine rurale. Une proportion importante de ceux-ci sont originaires de la vallée du Sénégal, en particulier de la moyenne vallée du Sénégal. La source principale de leurs revenus est l'agriculture à laquelle s'associe, pour une moindre part, l'élevage et la pêche.

Les revenus des habitants sont faibles. Le revenu annuel moyen, dans la moyenne vallée du Sénégal, par personne, se répartit de la manière suivante (J.L.NOUTILLIER) :

Revenu monétaire	4.395
Valeur des produits cédés par troc	735
Valeur des produits autoconsommés	5.060
Soit au total :	10.190

Le type de culture.

Il s'agit le plus souvent de monoculture de céréales (sorgo petit mil).

Dans la moyenne vallée du Sénégal (J.L. BOUTILLIER) Cette culture est divisée en deux campagnes :

- une campagne pendant la saison des pluies, sur les terres hautes
- les périodes basses se situant entre le 15 avril et le 15 juillet et au mois d'octobre.

L'agriculteur est donc plus ou moins occupé pendant toute l'année, contrairement à celui qui ne dispose pour travailler que des mois d'hivernage.

Les départs des émigrants pourront être influencés par le rythme des travaux

o o

L'économie est basée, pour la plus grande part, sur l'autoconsommation. Par ailleurs, les procédés utilisés sont archaïques.

Il n'est pas de notre propos de faire une étude économique approfondie, mais il faut remarquer que les conditions socio-économiques dans les pays ruraux, sont telles, qu'elles obligent les habitants à émigrer.

B - NIVEAU D'INSTRUCTION.

Le niveau d'instruction est très bas.

Pour la moyenne vallée du Sénégal, le taux de scolarité est le plus bas du Sénégal (J.L. BOUTILLIER). Dans l'ensemble 90% des enfants ne vont pas à l'école.

Toujours selon le même auteur, moins de 5% de la population de plus de 14 ans comprennent le français, moins de 1% le parlent et l'écrivent.

EN CONCLUSION .

Ainsi, la plupart des migrants sont des paysans habitués à travailler la terre avec des moyens archaïques. Ils n'ont l'habitude de n'utiliser que des outils rudimentaires. Par ailleurs, ils ne sont pas scolaires et ignorent le français. Tous ces facteurs rendront extrêmement difficile leur insertion dans un pays de civilisation industrielle, tel que la France.

6 - CONSIDERATIONS SUR LE TERRAIN SOMATIQUE DU FUTUR MIGRANT.

Le terrain est profondément marqué par deux facteurs :

- la pathologie elle-même
- les carences alimentaires.

A - LA PATHOLOGIE.

Comme l'ont fait remarqué les Dr PAYET, PENE et SANKALE, dans une étude consacrée à la pathologie de l'Africain, cette dernière relève de maladies sociales.

- la tuberculose
- les tréponématoses
- les parasitoses.

a) la tuberculose.

Maladie très fréquente, elle menace, selon ces auteurs, l'avenir de l'Afrique Noire.

Dans certaines régions, région de Dakar par exemple, les taux d'endémicité y sont supérieurs à ceux enregistrés en Europe.

La tuberculose est moins fréquente en milieu rural, mais la contamination tend à être favorisée par les mouvements migratoires saisonniers. La contamination pose de graves problèmes. Les auteurs cités ont déjà un certain nombre de caractères généraux :

- les réponses aux tests tuberculiniques sont, chez les sujets de 15 ans, à Dakar, positives dans 70% des cas.

- la primo-infection se manifeste chez l'enfant et l'adolescent par des atteintes ganglionnaires et séreuses. Chez l'adulte elle est phtisogène.

- la tuberculose tertiaire se présente fréquemment sous une forme étendue microcaséuse. La clinique en est souvent bruyante.

- Ils rappellent que BORREL a distingué les tuberculoses des Africains en Afrique et des transplantés, qui font des formes ganglionnaires (observation chez les travailleurs Sénégalais). Nous avons vu toute l'importance de ces formes chez les travailleurs immigrés.

b) les tréponématoses

On distingue la syphilis et le pian. On rencontre ce dernier dans les régions forestières. Il existe un problème diagnostique délicat avec de fausses réactions sérologiques.

c) les parasitoses

Bilharzioses très fréquentes

à *Shistosoma haematobium*, responsables des bilharzioses urinaires,

à *Shistosoma Mansoni*, responsables de rectocolites.

Amibiases.

Les Filarioses.

d) Il faut ajouter quelques cas de lèpre et quelques affections oculaires : conjonctivite et plus souvent trachome.

e) les maladies épidémiques (Dr CANTRELLE et N'DOYE)

- la rougeole est une cause importante de mortalité infantile.
- les méningites.

B - LES CARENCES ALIMENTAIRES.

Le régime alimentaire des régions d'où les immigrants en France sont originaires, est essentiellement lactovégétarien. L'aliment de base est la céréale (sorgo, petit mil, maïs ou riz). Il est accompagné de poisson, de lait ou de feuilles.

D'une manière générale, la ration alimentaire est pauvre en protéines, à cela s'ajoutent des carences vitaminées, particulièrement en vitamine A et C et des carences en substances minérales, tel que le sodium.

L'importance de ces carences varie suivant les régions et, dans une même région, selon les saisons. Pour la moyenne vallée du Sénégal, les Docteurs CANTRELLE et N'DOYE ont conclu que les besoins étaient couverts lorsque l'année est climatiquement bonne, mais certaines périodes critiques de disette, voire de famine, succèdent aux mauvaises récoltes.

AU TOTAL

Au cours d'un bilan clinique et paraclinique, on peut réunir un certain nombre d'éléments caractéristiques du terrain somatique de l'Africain sain. Nous renvoyons pour cela à l'analyse qui en a été faite dans la thèse de Ph. LEFEVRE et à celle de J. MOREAU.

Nous en citerons les principaux :

- légère hypotension
- Splénomégalie fréquente
- Tendance à l'hypoglycémie
- Hypoazotémie
- A l'électrophorèse, toutes les fractions protidiques sont diminuées, sauf les γ globulines.
- A la numération formule sanguine, les granulocytes sont diminuées au profit de mononucléaires et l'éosinophilie est fréquente.
- Le métabolisme de base est diminué.

Citons la conclusion de Ph. LEFEVRE selon laquelle tous ces éléments révèlent la présence d'un moteur faible, expliquée par une faim chronique causée par les carences auxquelles s'ajoutent des parasitoses, entraînant, dans certains cas, des atteintes hépatiques.

o o

Il faut signaler qu'on enregistre actuellement, dans les régions qui nous intéressent, une poussée démographique. Dans la moyenne vallée du Sénégal, le taux d'accroissement annuel de la population est de 2,4%. Ce mouvement va se poursuivre car les améliorations des conditions sanitaires en brousse, entraînent une diminution de la mortalité infantile (J.L. BOUTILLIER).

EN CONCLUSION.

L'Africain, au moment de son départ, présente le plus souvent, un terrain déjà affaibli. Il s'est adapté à son propre milieu, mais cet équilibre instable, risque d'être compromis par les épreuves de la transplantation dans un pays dont les caractères climatiques, socio économiques, lui sont étrangers.

7 - CONSIDERATIONS SUR LA PERSONNALITE DU FUTUR MIGRANT.

Notre propos n'est pas de faire une étude approfondie de la psychologie de l'Africain, mais il nous semble intéressant de nous arrêter sur quelques aspects de la personnalité de celui-ci, dont la connaissance peut nous aider à mieux comprendre certains problèmes d'adaptation et la signification de certaines de ses réactions.

Les conditions de vie dans lesquelles la personnalité de l'Africain se structure, sont très différentes de celles des milieux européens que nous connaissons. Le type de relation à l'entourage est très différent du nôtre, or nous savons toute la place que l'école française de psychiatrie accorde à l'aspect relationnel dans la structuration de la personnalité.

Lorsque l'Africain arrive en Europe, il transpose son mode de relation et attend des Européens des réactions qui seraient, dans les situations semblables, celles des "siens". Et nous, Européens, nous sommes tout aussi ignorants de leur vécu, qu'ils le sont du nôtre. De là naissent des incompréhensions et déceptions mutuelles. C'est seulement à partir d'une compréhension du "dedans", sans obliger ces gens à se calquer sur notre propre comportement, que nous pourrions les éviter.

Au cours d'un entretien que nous avons eu le privilège d'avoir avec le Docteur F. MORGENTHALER qui, avec le Docteur P. PARIN, a fait de longs séjours chez les Dogons, il a attiré notre attention, entre autres, sur certains aspects des relations interpersonnelles de ces sujets. Ces aspects ne concernent pas les Dogons seuls, mais ils peuvent être retrouvés chez des groupes ethniques différents.

Pour ne pas tout citer, le plus essentiel est, la dépendance de l'individu d'une part, par rapport à sa société dont "la structure est pour ainsi dire nécessaire à son équilibre interne" et, d'autre part, par rapport à certaines personnes de cette société. C'est ainsi que se définissent quelques types de relation; la relation à un aîné (appelé grand frère), la relation au patron. Dans cette dernière, il recherche un peu la même relation qu'avec le grand frère. Pour lui, devient "patron", celui qui donne quelque chose au sujet. Ce dernier dépend alors du patron, il lui est soumis et l'admire. En retour il compte sur sa sollicitude et attend qu'il pourvoie

naturellement à ses besoins. Une défaillance de la part du patron est vécue comme une frustration incompréhensible, qui engendre une réponse agressive.

Nous pouvons nous demander si ce n'est pas ce qui est vécu avec le personnel hospitalier, médecins et plus encore infirmières. La demande au patron étant la guérison qui devrait être immédiate.

Nous illustrerons cet aspect du problème par une anecdote que nous a contée le Docteur MORGENTHALER.:

" Au cours d'un séjour dans un village africain où il se consacrait à des entretiens avec quelques uns de ses membres, il fut mandé auprès d'un malade atteint d'une affection aiguë. Conscient du risque, en le soignant, de devenir patron du malade et par là peut-être même du village, il administra la thérapeutique par l'intermédiaire du chef de village. Il évita ainsi les problèmes qui auraient découlé de cette relation nouvelle et auraient mis à la poursuite de "l'approche de certains sujets".

Le Docteur MORGENTHALER attira également notre attention sur le fait que ces sujets sont moins autonomes, car ils ont moins bien appris, dans leur enfance, à se désolidariser, mais, en contre partie, il en résultait une plus grande souplesse dans leurs rapports avec leurs semblables.

o o

Concilier deux modes d'approche différents, offre de grandes difficultés. La notion de certains de ces aspects de la vie relationnelle des Africains (la relation au patron, entre autres), devraient être connue du milieu hospitalier, comme du milieu du travail. Elle permettrait ainsi de mieux comprendre l'Africain et d'éviter de nombreux conflits en ne réagissant pas, en retour, agressivement, à l'agressivité de l'Africain. En effet, par cette attitude, on entre, alors, dans un cercle infernal.

EN CONCLUSION,

A la suite de ce bilan, on peut mettre en lumière les éléments qui retentiront directement sur le comportement somatique et psychique du travailleur projeté dans une conjoncture totalement nouvelle pour lui.

La société, dont il est issu, repose sur l'appartenance à un groupe structuré, suivant des lois rigides et non sur l'individualisme. L'individu vit par le groupe. Ceci comporte des aspects négatifs mais aussi positifs. En effet, s'il est sous la dépendance de son groupe, il en reçoit, en même temps, la protection. Il est uni à ce groupe par une notion profonde de communauté et un sens de la hiérarchie (hiérarchie de castes, hiérarchie familiale, avec soumission au plus âgé). De cette communauté se dégage un climat de chaleur humaine.

L'Africain se sent participant à un tout, comme un membre l'est à l'organisme et il périclité s'il en est desinséré.

C H A P I T R E I I I

CAUSES ET CONDITIONS DE L'IMMIGRATION

1 - LES CAUSES.

L'immigration africaine vers la France, n'échappe pas à certaines lois qui reflètent les mouvements de main d'oeuvre des pays sous développés vers les pays développés. A cela s'ajoutent des éléments spécifiquement africains, tant sur le plan général qu'individuel.

Nous envisagerons cet angle double, deux types de causes :

- socio économiques
- psychologiques.

A - Les causes socio économiques.

Nous observons là, un aspect particulier de mouvements généraux des pays sous développés vers les pays développés. Ces derniers agissent (comme le précise J.P. N'DIAYE) "Comme un bassin vide d'une écluse faisant appel à la main d'oeuvre des pays sous développés, qui seraient en quelque sorte, des bassins trop pleins, en ce sens que leur contenu n'est pas utilisable".

Nous analyserons succinctement les facteurs concernant les deux parties en présence :

- La France manque de main d'oeuvre. Le fait a été constaté et analysé à maintes reprises. Citons, entre autres, le Rapport Esperet (1), l'avis de la CEE (Commission Economique Européenne (2)).

(1) Rapport au Conseil Economique et Social (30 juillet 1964)

(2) AFP (15 août 1962).

La responsabilité en revient à son niveau socio économique lui-même. En effet, d'une part la natalité est relativement faible; d'autre part les échelons socio professionnels sont désertés. Les besoins concernent donc une catégorie de main d'oeuvre précise.

- Les pays d'Afrique Noire possèdent des structures économiques qu'il ne nous appartient pas d'étudier ici. Elles ne permettent pas d'utiliser la main d'oeuvre disponible. Le niveau de vie est bas et les sources de revenus individuels insuffisantes (40% du revenu monétaire provient des migrations). Les spécialistes soulignent dans les pays nouvellement indépendants, une carence dans l'industrie de transformation et une difficulté très grande à passer d'une économie de subsistance à une économie d'échanges.

A ces facteurs économiques, s'ajoutent la poussée démographique, dont nous avons fait état dans le chapitre précédent (cf p. 35)

- Voici donc réalisée une conjoncture dynamique qui sera, fondamentalement, responsable du mouvement migratoire d'Afrique vers la France.

Ce courant migratoire s'inscrit pour une partie des travailleurs, dans le prolongement des migrations internes. En effet, un grand nombre des travailleurs est originaire de régions d'où l'on a l'habitude de s'expatrier temporairement. Rappelons notamment les mouvements saisonniers des Navétanes (Maliens le plus souvent) vers la région rachidienne du Sénégal.

B - Les causes psychologiques.

Nous nous bornerons à quelques considérations . Les populations qui alimentent ce courant mobile se sont déplacées facilement au cours de leur histoire. Cette tendance, comme le fait remarquer BOLLENGER, se retrouve sur le plan individuel. Nombreux sont ceux qui utilisent les périodes creuses pour effectuer des déplacements (le motif essentiel en étant le travail).

Celui qui émigre, où que ce soit, est entouré d'une certaine considération, méritée d'ailleurs, car il fait preuve de dynamisme.

La France, de son côté, exerce un attrait certain pour les populations noires. Une imagerie épique a été créée et entretenue par les travailleurs Sénégalais par des récits colorés et héroïques de leurs campagnes et de la

vie en France. Le retour de France d'étudiants "formés" ne fait que confirmer le prestige de ce pays.

Ainsi, celui qui partira pour la France est admiré et accèdera, après son séjour, à une sorte de promotion sociale, d'autant que les sommes qu'il y aura gagnées sont sans rapport avec le gain en Afrique.

Quoiqu'il en soit, la cause essentielle de départ est le non emploi.

C - Quelques considérations sur l'évolution du mouvement migratoire.

A la fin de la deuxième guerre mondiale, certains travailleurs se sont engagés dans la marine marchande, aux soutes.

En 1959, le remplacement des chauffeurs à charbon par des chaufferies à mazout a provoqué le licenciement d'un certain nombre d'entre eux. Ils ont alors cherché du travail dans les ports et ont constitué un noyau d'Africains, premiers relais, pourrait-il sembler, le long du courant migratoire futur.

A la suite de l'indépendance des états d'Afrique Noire francophone et plus particulièrement après l'éclatement de la Fédération du Mali (en 1960), des problèmes de frontière, entre les états, ont surgi. Ainsi, par exemple, les Haavétanes maliens eurent de grandes difficultés à aller au Sénégal et cherchèrent à émigrer ailleurs. Cela correspond à une grosse vague d'immigration en France.

Si l'on reprend le schéma de Legru, on peut décrire trois vagues de migration.

- la première se situe à la fin de la deuxième guerre mondiale ; elle est faite des travailleurs sénégalais, dont l'adaptation est facile.

- la seconde est constituée par les gens de "l'intérieur" pour lesquels la migration se fait en deux temps :

 - le premier vers les villes africaines

 - le deuxième vers la France (le trop plein des villes africaines y débordant).

- la troisième, concerne les gens de "l'intérieur" qui partent directement de leur village vers la France. De loin, la plus importante, cette vague est responsable pour la plus grande part du passage, depuis 1959, de 7.000 migrants à nos chiffres actuels.

2 - LES CONDITIONS.

Les Africains qui partent sont des hommes jeunes, célibataires le plus souvent. Nous citerons à titre indicatif quelques chiffres concernant l'âge des sujets hospitalisés au Centre Hospitalier de St-Denis (le chiffre moyen se situe entre 25 et 30 ans). cf courbe n° 2 (Chapitre I, p. 6)

Il semblerait qu'il y ait une sélection que l'on pourrait qualifier de naturelle au départ. En effet, au sein de la communauté, on choisit, en quelque sorte, ceux qui ont plus de chances de réussir. Ce sont probablement les plus entreprenants qui partent. Sur le plan somatique il doit en être de même. Dans le chapitre consacré au travail, nous aurons l'occasion de souligner qu'un certain nombre de praticiens ont constaté, en dehors du dépistage de sujets malades, et malgré les vicissitudes de la transplantation, un bon état de santé chez ces travailleurs.

Lorsque la décision de départ est arrêtée, il est intéressant de se demander comment l'Africain entreprend son voyage, en envisageant successivement

- . le financement du voyage
- . les formalités à remplir
- . les conditions d'embarquement.

A - le financement du voyage.

Il peut être assuré de différentes manières :

- . soit la communauté se cotise, au sein du village ou de la famille, pour avancer les fonds.
- . soit des camarades déjà installés en France, envoient par mandat, le montant nécessaire.
- . soit encore, les candidats à l'émigration vont d'abord dans une ville pour y travailler et réunir ainsi le prix de leur voyage.

En conclusion, on constate que dans la plupart des cas, l'Africain quitte son pays, chargé de dettes.

B - les formalités à remplir.

A la suite de l'Indépendance des pays d'Afrique francophone, il existait un accord de libre circulation réciproque entre ces derniers et la France.

Ainsi, les conditions nécessaires à l'embarquement pour la France, se limitaient à la possession d'une carte d'identité et d'un certificat de vaccination anti variolique. Aucun contrôle efficace ne pouvait donc être exercé ni au départ, ni à l'arrivée. Les émigrants pouvaient quitter l'Afrique malades et sans aucune garantie concernant les possibilités de travail. Cet état de fait entraîna les conséquences graves que l'on sait.

Devant l'extension de cette immigration et poussés par l'opinion publique sensibilisée par les campagnes de presse, les états intéressés ont été amenés à prendre certaines mesures pour freiner le courant.

Rappelons les conventions respectives :

France - Mali	décret 63.560 du 30-5-1963
France - Mauritanie	" 63.810 du 11-1-1964
France - Sénégal	" 64.254 du 14-3-1964.

Les conditions à remplir pour entreprendre le voyage vers la France sont les suivantes :

la nécessité d'une carte d'identité
d'un billet de retour
d'un certificat de contrôle sanitaire, effectué
par les soins d'un service sanitaire en liaison avec l'ambassade de France.
d'un certificat anti variolique.

Dans le cas de l'immigration dans un but de travail, on doit exiger un contrat de travail ou, au minimum, une lettre d'engagement.

S'il s'agit d'un voyage touristique, il doit être justifié par une certaine somme d'argent.

La signature de ces accords n'a pas stoppé le mouvement migratoire. Elle semble avoir renforcé les départs clandestins. Pour ce faire, plusieurs moyens sont utilisés.

A titre d'exemples, nous en citerons deux :

- Soit le motif du départ invoqué est touristique. Le Père BOLLINGER raconte qu'à l'arrivée en France, un groupe d'immigrants se cote pour réunir la somme d'argent exigée et la remettre à l'un d'eux; lorsque celui-ci

est contrôlé, il remonte dans le paquebot pour une raison quelconque et donne la somme à un camarade. Ainsi, l'argent passe-t-il de main en main.

- Une autre méthode consiste à utiliser une carte d'identité établie au nom d'un ressortissant originaire d'un pays n'ayant pas signé d'accords avec la France et qui bénéficie encore de la "libre circulation". (Côte d'Ivoire par exemple).

Dans un cas comme dans l'autre, une fois débarqué, il peut trouver du travail et être engagé car, pour l'embauche, seule la carte d'identité suffit.

Les fraudes ne s'arrêtent pas là et se situent probablement à des niveaux divers. La presse sénégalaise, entre autres, fait état d'ordres d'épuration. Certains fonctionnaires de la police auraient été mutés, au début de 1965, à la suite de trafic illicite.

Rappelons qu'une petite fraction des migrants dépend de l'O N I (Office National d'Immigration). Ce sont ceux qui sont engagés directement en Afrique par un employeur français.

C - Embarquement.

Le voyage s'effectue le plus fréquemment par mer. Les travailleurs le font par petits groupes de même origine (village, ethnie), exceptionnellement isolés. Ils occupent évidemment la dernière classe parmi les passagers.

Dès le début du mouvement migratoire, ils embarquent à Dakar mais, depuis un certain temps, le Sénégal effectue un contrôle serré, un visa accordé par les services de la sûreté est exigé.

Dès lors, un certain glissement des départs s'est effectué vers Abidjan, obligeant une partie des migrants à effectuer un long voyage pour y accéder. Pour certains auteurs, les départs des Ivoiriens auraient augmenté en conséquence et, quelques Voltaïques, cherchant un emploi en Côte d'Ivoire, s'ajouteraient à eux.

III - EN CONCLUSION

La cause essentielle du mouvement migratoire est socio économique. Elle répond au non emploi dans les états africains francophones.

Les accords qui sont intervenus entre ces pays et la France, pourraient permettre la régularisation de cette migration et surtout, un contrôle sanitaire efficace.

Ces espoirs ne semblent pas devoir se réaliser et, un pourcentage trop élevé, de cette migration, reste encore incontrôlé.

oOo

C H A P I T R E I V

L A V I E E N F R A N C E

1 - IMPLANTATION ET CONDITIONS

IMPLANTATION

L'implantation en France se fait suivant des lignes directrices précises.

Le moyen de transport le plus fréquent étant le bateau, les arrivées seront enregistrées au niveau des grands ports, Marseille et Bordeaux, plus particulièrement.

Les Centres, où par la suite ils se localiseront, sont les suivants, par ordre d'importance : Paris et région parisienne, le Havre, Toulon.

La répartition à Paris et dans la région parisienne s'effectue de la manière suivante :

A Paris, les arrondissements où l'on rencontre des communautés africaines sont les suivants : XVII^e - XVIII^e - XIX^e - XI^e - XII^e - XIII^e - XIV^e - et XV^e. La localisation plus importante se situant dans les arrondissements Nord et Nord-Est.

Pour la région parisienne, on les retrouve, d'après J. Mesnil, dans :
La zone Nord (Aubervilliers, Clichy, Epinay, Gennevilliers, La Courneuve, Plaine St-Denis, St-Denis et St Ouen).

La zone Nord-Ouest (Asnières, Bois Colombes)

La zone Sud (Bagneux, Cachan, Chatenay Malabry)

La zone Sud-Est (Charenton, Maison Alfort)

La zone Est (Montreuil, Vincennes)

La zone Nord-Est (Bobigny, Bondy, Drancy, Pantin, Romainville).

Dans chacune de ces villes, ils se regroupent par quartier, ainsi, à Saint-Denis par exemple, ils se retrouvent, rue de la Boulangerie, Bd de la Libération. ..

Le mouvement migratoire se renouvèle puisque le séjour en France est limité à 3 ans, en moyenne. Il existe à certaines périodes de l'année, un solde migratoire négatif (les sorties l'emportant sur les entrées.) Pour J. Mesnil, ces périodes correspondent au rythme des activités rurales en Afrique.

CONDITIONS DE VIE

Les conditions de vie de l'Africain en France vont avoir une incidence particulièrement importante sur les difficultés de son adaptation à ce nouveau milieu,

Nous envisagerons successivement :

l'Habitat

le milieu où il devra s'insérer

A - L'HABITAT

Des descriptions nombreuses ont été faites des conditions inacceptables dans lesquelles vivent les travailleurs africains. "Les plus mauvaises de toutes celles qui peuvent être faites aux étrangers" (Esperet. Rapport au Conseil Economique et Social).

Toutes les enquêtes portant sur l'immigration noire en France s'y consacrent en partie. Signalons, en particulier, la période des grandes campagnes de presse en 1963.

Il n'est pas de notre propos de reprendre, en détail, ces descriptions. Nous pourrions faire le reproche, à certaines d'entre elles, d'être empreintes d'un lyrisme inconvenant.

En effet, il nous semble que ce lyrisme fait écran aux vrais problèmes et tend à éveiller des sentiments de pitié, dévalorisants pour

ceux qui en sont l'objet, plutôt que de susciter une réflexion lucide.

Cette critique ne concerne pas l'ensemble des grandes enquêtes qui ont eu l'avantage d'éveiller l'opinion publique et ont très certainement une part dans la prise de conscience de cette situation.

o o

Pour notre part, nous tenterons, dans notre étude, de dégager quelques éléments généraux des conditions de logement de ces sujets et de les confronter aux normes minima compatibles avec les exigences élémentaires d'hygiène. Il faut signaler qu'actuellement certains foyers ont été construits, ébauche d'une solution au problème.

a) Généralités.

Le plus grand nombre des locaux appartient à des Nord Africains, situés dans les quartiers les plus deshérités, ce sont des immeubles vétustes (des hôtels), dont ils occupent jusqu'aux caves ou aux greniers, ou même des dépendances ou des hangars. Un de leurs caractères essentiels en est la "surutilisation".

Les émigrants tendent à se regrouper, au maximum, pour recréer une communauté. De plus, les nouveaux venus, accueillis par les plus anciens, viennent souvent s'ajouter aux occupants déjà nombreux d'un même local.

De toutes façons, ils sont prêts à accepter les conditions les plus médiocres, car ils ont la nécessité absolue de limiter leurs dépenses, afin de pouvoir rembourser les dettes contractées et envoyer de l'argent à leur famille en Afrique.

Cependant, le prix du loyer est scandaleux, compte tenu de ce qu'il leur est offert. Il s'agit d'une véritable exploitation. La base de location est le lit, le plus fréquemment. Chaque personne paie par mois, Selon les résultats des différentes enquêtes, en moyenne, 35 francs 75 francs est le chiffre le plus élevé qui ait été cité. Nous pouvons, à titre d'exemple, citer le cas d'un hôtel d'une ville de banlieue Nord, occupé par 73 locataires, payant chacun 50 francs par mois. Il faut ajouter que le propriétaire réclame, à l'arrivée, une caution, qu'il ne restitue pas toujours par la suite. Ce genre de situation, comme par ailleurs, les expulsions de certains locataires, est génératrice des conflits, qui opposent

ainsi les Noirs aux Algériens. Ce type de conflit a été particulièrement illustré par la véritable bataille rangée de la rue du Landy à Saint-Denis.

Il est curieux de constater, dans certains hôtels, une sorte de hiérarchisation, les derniers arrivants occupent le sous-sol, les anciens locataires, les étages supérieurs ; on retrouve parmi eux des Algériens et parfois même quelques européens. On peut comparer cette organisation à celle des hôtels occupés par les Portoricains à Harlem.

b) Description des locaux.

Nous orienterons particulièrement cette description sous l'angle de l'hygiène de l'habitat.

L'unité de local est une pièce unique où se déroule la vie de l'Africain (dortoir et cuisine associés). Cette pièce est surpeuplée. Nous citerons, à titre d'exemple, un local que nous avons eu l'occasion de visiter. Il était constitué d'une pièce de 5 à 6 m², où se trouvaient deux lits; s'ajoutait à elle, un appendice, d'environ 2m20 sur 2 mètres, où se superposaient, sur deux rangs, six lits. Le plafond était très bas, et le volume d'air réduit, 25m³ environ. Ainsi, chaque personne y disposait de 3m³ d'air, au lieu des 14 m³ exigés.

Cet exemple peut être confirmé par une multitude d'autres, les conditions décrites correspondent, en effet, à celles dénoncées par de nombreuses enquêtes.

- Ainsi, le volume d'air, dont dispose chacun des occupants, est insuffisant.

- L'air sera par surcroît confiné et chargé d'humidité. En effet, les ouvertures sont peu nombreuses. En dehors de la porte, elles sont, soit inexistantes, soit exigües et donnent alors sur une cour insalubre. De toutes façons, elles sont insuffisantes par rapport aux dimensions du local et surtout au nombre d'occupants. De plus, bien souvent, lorsqu'il existe fenêtre ou lucarne, celle-ci est condamnée ou bouchée avec des chiffons, l'hiver et même l'été, pour lutter contre le froid.

- L'eau. Il existe le plus souvent un seul point d'eau, pour l'immeuble, situé dans la cour ou dans le couloir. Il est destiné à l'usage

d'une centaine de personnes. Les Noirs, qui sont naturellement très propres, y vont à tour de rôle.

- l'évacuation des matières usées est rudimentaire. On a même signalé des cas de voisinage dangereux entre le point d'eau courante et le point d'évacuation, dans la cour. Les WC sont en nombre restreint, un ou deux par immeuble.

- l'éclairage. Dans les caves et les greniers, à défaut d'électricité, les occupants s'éclairent à la bougie, ce qui entraîne la possibilité d'accidents (incendie, proximité de gaz butane).

- le chauffage. Très rudimentaire, il est assuré par différentes méthodes. Soit un poêle, souvent archaïque, qui, dans certains cas, a été installé par les locataires eux-mêmes, dont on envisage facilement les dangers. Soit un ou plusieurs réchauds à alcool. Soit, parfois même, un feu allumé sur le sol et dont la fumée se répand dans la pièce, fenêtre fermée.

En matière de chauffage, deux problèmes se posent : le premier en est la nécessité absolue, en saison froide; mais la dépense entraînée, nouvelle pour lui, s'inscrit dans un budget déjà serré, l'obligeant à utiliser des moyens de fortune.

le second, consiste dans les risques d'asphyxie liés au fonctionnement défectueux des appareils utilisés. A ces risques, s'ajoutent ceux d'incendie et d'explosion (par exemple par voisinage d'un feu avec une bouteille de gaz butane). Citons l'exemple de l'incendie d'un hangar, boulevard de la Libération à St-Denis. La méconnaissance de ces dangers favorise leur apparition.

- le mobilier est réduit au minimum exigé par les besoins vitaux.

- . les lits, très nombreux, sont garnis de couvertures
- . quelques sièges (chaise ou petit banc)
- . l'absence quasi constante d'armoire, les occupants se servent des grandes cantines, qui constituent leurs bagages, pour y ranger leurs affaires personnelles. Cependant, les vêtements sont suspendus le long du mur ou sur une ficelle tendue d'un lit à l'autre, cela reflète bien le soin qu'ils apportent à leurs vêtements.

- Un réchaud à alcool ou à gaz est utilisé pour préparer les repas (danger d'asphyxie ou d'explosion).

B - LE MILIEU

Deux éléments vont intervenir comme agents agresseurs vis à vis de l'Africain arrivant en France. Le climat et la civilisation industrielle.

a) Le climat.

Les conditions climatiques si différentes, vont nécessiter chez le sujet, la mise en jeu de mécanismes de lutte contre le froid, majorant encore les dépenses énergétiques. Elles entraîneront aussi, pendant la saison froide, l'éclosion de certaines maladies respiratoires, non tuberculeuses, qui peuvent revêtir une certaine gravité.

b) l'introduction dans une civilisation nouvelle

Notre civilisation de type industriel va dérouter l'immigrant. Il devra affronter tous les détails de la vie quotidienne qui sont autant d'obstacles à franchir. Nous nous bornerons à citer quelques exemples, tel que le bruit, le rythme de vie rapide, les longs parcours à faire par les transports en commun. Le sujet est astreint, à ces derniers, pour la recherche d'un emploi ou pour se rendre à son lieu de travail. Nous avons remarqué, à ce propos, à l'analyse des fiches administratives du Centre Hospitalier de Saint-Denis, qu'un certain nombre de travailleurs, domiciliés à St-Denis, travaillait en banlieue sud, à Montreuil, à Asnières, à Pantin, Bobigny, d'où la nécessité, pour eux, de faire un trajet plus ou moins important.

Un autre aspect déroutant de la civilisation française est représenté par l'organisation administrative très poussée de notre pays. L'Africain appelé à y être confronté dès son arrivée (recherche de travail, chômage, maladie etc..), aura tendance à s'y soustraire. Le caractère deshumanisé des relations qu'il est entraîné à avoir avec cette organisation, est à l'opposé des contacts empreints de chaleur humaine qui lui sont indispensables.

Cette notion, certains organismes l'ont bien comprise, puisqu'ils ont orienté leurs contacts avec les Africains, en tenant compte de ces critères. Nous citerons, entre autres le cas du Service Social du Centre Bossuet.

Quoiqu'il en soit, il est remarquable de constater, qu'en dépit de toutes les difficultés que les nouveaux arrivants rencontrent, ils se plient, avec une certaine souplesse, aux exigences de la vie quotidienne d'une grande cité, telle que Paris.

2- L'ORGANISATION DE LA VIE EN FRANCE

Nous avons eu l'occasion, déjà, d'insister sur l'organisation structurée des sociétés dont sont issus les travailleurs Africains et le rôle qu'elle joue sur le développement de leur personnalité. "La structure de leur société, dit F. MORGENTHAUER, à propos des Dogons, est pour ainsi dire nécessaire à leur équilibre interne. Parmi les étrangers, ils sont moins en sécurité, ils se sentent expulsés et perdus". Ainsi, le moyen, pour eux, de supporter la transplantation, sera-t-il de transposer, en France, une vie communautaire qui deviendra, alors, leur pôle de sécurité.

Le phénomène de regroupement n'est pas le propre des seuls travailleurs Africains. Il concerne tout travailleur immigré, à son arrivée dans le pays récepteur. Cependant, pour l'Africain, les structures de l'organisation sont particulières.

Nous envisagerons successivement :

La vie communautaire

L'hygiène de vie individuelle

Les relations au milieu.

A - LA VIE COMMUNAUTAIRE

L'élément de base de la vie de l'Africain en France, est donc la vie communautaire. Dans un même hôtel, débordant d'ailleurs souvent dans d'autres immeubles, se regroupent les éléments d'un même village, d'une même région géographique, voire d'une même ethnie.

Le point central de cette organisation est la personnalité du chef. La présence de ce dernier est indispensable. Il est choisi en fonction d'un certain nombre de critères, le plus souvent, celui de son autorité ; celle-ci est liée à son rang en Afrique (noble, Chef de village).

Il est souvent entouré d'un conseil des "sages", choisi parmi les membres les plus âgés et les nobles. Il se joint à eux, très fréquemment, le marabout qui ne représente qu'une autorité morale.

Le chef est toujours secondé par un secrétaire trésorier, qui l'aidera dans ses tâches administratives. Le rôle du chef est d'exercer

son autorité morale sur la communauté. Il arbitre les conflits et maintient ordre et discipline. Les problèmes sont débattus en commun et soumis à son jugement, qui fait, en quelque sorte, force de loi.

C'est lui, également, qui préside à l'organisation du budget de chacun. Ce dernier relève de la communauté. En effet, le budget sera réparti en différents postes :

Nourriture

Loyer

Frais de chauffage et d'entretien ménager

Fonds commun, utilisé pour entretenir les malades et les chômeurs, ou en cas de difficultés quelconques.

Une partie seulement reste propriété individuelle. Elle sera consacrée, d'une part, à l'envoi d'argent à la famille ou à la constitution d'économies et, d'autre part, dans une très faible proportion, elle sera utilisée à des fins personnelles (habillement, argent de poche...) (1)

A côté du chef, on retrouve, dans de nombreuses communautés, un marabout. Ce dernier ne semble jouer qu'un rôle moral.

A ce propos, on peut se demander que deviennent les sentiments religieux des immigrés. Musulmans, pour la plupart, ils restent fidèles à leur religion, mais certains d'entre eux abandonnent, petit à petit, les pratiques, les conditions de vie les rendant difficiles.

La caractéristique même de cette communauté est la cohésion et l'esprit de solidarité. En effet, les rapports entre les membres sont détendus, dépourvus d'agressivité. Le Docteur MORGENTHAUER insiste, au sujet des Dogons, sur le fait qu'ils sont très bien adaptés à leur entourage habituel ; ils s'entendent mieux avec leurs semblables que nous européens, avec les nôtres.

(1) Signalons l'initiative de l'Union Générale des Travailleurs Sénégalais qui a fait un projet d'étude avec la Banque Nationale du Sénégal, en vue de permettre aux travailleurs d'y déposer leurs économies et les faire fructifier.

Il règne un esprit communautaire : partage des frais, partage des tâches, prise en charge des malades ou des chômeurs.

La discipline est imposée et acceptée. Cependant, il faut préciser, comme le fait J. Mesnil, que cette organisation peut reconnaître certaines modifications. Il existe des conflits, nés de certaines rivalités entre ethnies, ou opposant des plus âgés aux plus jeunes, désirant une plus grande indépendance par rapport au groupe. Dans d'autres cas encore, l'autorité du chef est contestée, si les membres de la communauté ne l'estiment pas adaptée à leurs besoins présents.

o o

Il faut reconnaître le rôle incontestable de la communauté. Elle est sécurisante pour ses membres et leur permet de supporter les épreuves de la transplantation. Elle représente, probablement, une des garanties de la santé, aussi bien somatique que mentale, de chacun de ses membres, tout particulièrement pour les jeunes, évitant ainsi, délinquance (dont la proportion est très faible dans cette population) et troubles psychiques graves.

A l'opposé, on peut estimer que cette communauté protectrice, retarde une adaptation réelle du sujet à la vie française. A titre d'exemple, certains services sociaux nous confiaient qu'ils éprouvaient des difficultés à convoquer, personnellement, certains Africains, car, en réponse, ils recevaient fréquemment la visite du chef ou d'un assistant lettré. Cependant, ne perdons pas de vue le fait que l'immigration est temporaire; le séjour moyen, en France, est de trois à cinq ans. Les garanties offertes par la communauté, sur les différents plans que nous avons évoqués, ne prévaudraient-elles pas sur une adaptation qui, dans les conditions actuelles de l'immigration, a de fortes chances d'être mal réussie et rendra la réintégration dans leur propre milieu plus difficile.

B - HYGIENE INDIVIDUELLE.

a) Hygiène corporelle.

Nous avons pu juger de l'hygiène corporelle des travailleurs Africain, à travers l'expérience hospitalière. Nous avons constaté que,

dans les conditions offertes par la salle d'hôpital, ils ont un souci d'hygiène rigoureux, qui peut contraster avec celui de certains européens!

Ce comportement se confirme dans les entreprises où ils prennent régulièrement des douches, lorsqu'elles sont installées; il se confirme également dans leurs hôtels où ils n'hésitent pas aller faire leur toilette à l'unique point d'eau qui soit à leur disposition.

b) Habillement.

Ils apportent un grand soin à leur tenue. Dès que leurs moyens le leur permettent, ils se procurent des vêtements à leur convenance. Nous avons été frappés, lors d'une visite que nous avons faite chez eux, en remarquant, dans une de ces pièces insalubres, la blancheur des chemises suspendues au mur.

Lorsqu'ils arrivent en France, ils se vêtissent selon leurs possibilités, achetant par exemple des habits dans les "surplus".

Le problème, pour eux, au moment des saisons froides, est l'adaptation à un climat auquel, non seulement ils ne sont pas habitués, mais que leur organisme n'est pas prêt à affronter; ration alimentaire insuffisante, déperdition plus grande de chaleur par le grand nombre de leurs glandes sudoripares (Ph. LEFEVRE). Le vêtement leur permet de lutter contre le froid; mais, à leur arrivée, l'achat d'un manteau représente une grosse dépense. Il faut remarquer, également, qu'ils manquent d'expérience dans la manière efficace de se couvrir. On se rend compte de l'importance d'une éducation orientée, entre autres, dans ce sens, éducation déjà entreprise par certaines associations.

c) Alimentation

La ration africaine, déjà insuffisante en Afrique, ne saurait satisfaire les besoins accrus de l'immigrant. En effet, ses dépenses énergétiques vont croître pour assurer l'adaptation au climat et au travail d'un type nouveau pour lui.

Le pseudo équilibre, établi, en Afrique, entre les rapports énergétiques et les dépenses, se trouve rompu d'où la faim, à laquelle l'organisme, était quelque peu habitué, est ressentie et nécessite une modification

de l'alimentation. La quantité est augmentée, sans que la qualité ne soit équilibrée, pour autant, ce qui peut entraîner des troubles dyspeptiques. De plus, des raisons d'ordre économique, imposent au sujet une alimentation mal équilibrée.

L'Africain tend à transposer en Europe les bases de son alimentation traditionnelle. Le plat quotidien est composé de riz, accompagné de sauce tomate et de quelques morceaux de viande de basse qualité ou de poisson. Il consomme beaucoup de pain et ajoute parfois, à son menu, des fruits, des yaourts, ou du fromage.

Le petit déjeuner n'est pas pris systématiquement, il est composé de pain, de beurre (parfois), de café léger ou de thé.

Le repas de midi est pris sur les lieux du travail, soit à "la gamelle", soit à la cantine. Dans ce dernier cas, les médecins du travail constatent une adaptation aux habitudes de la cantine (P. HOUSSET). Nous pouvons faire les mêmes constatations en milieu hospitalier.

Le repas du soir, pris en commun, par petits groupes, représente l'occasion de reconstituer la communauté. Il est préparé par le cuisinier, dans une grande marmite qui bout des heures. Traditionnellement, chacun s'assoit autour d'elle pour y puiser sa part.

d) Les boissons.

Quelques cas mis à part, on ne rencontre pas d'alcoolisme chez les Africains. Les conséquences en sont heureuses car sont évités, entre autres, une accentuation des carences, un certain nombre d'accidents du travail et la discipline de la communauté en est facilitée.

Les boissons les plus fréquemment consommées sont : l'eau, le lait, le thé et le café léger.

e) Les distractions.

Les distractions, limitées par le manque d'argent de poche, s'inscrivent dans les activités de la communauté.

Les Africains occupent leurs loisirs en groupe. Ils font les cent pas dans la rue, ou assis sur le trottoir, entretiennent de longs

palabres, les soirées d'été. Certaines rues de la banlieue Nord revêtent alors un cachet méridional. L'hiver, les conversations se poursuivent à leur domicile.

Ils vont également faire des visites à des parents ou des camarades, habitant des quartiers différents. Certains fréquentent le cinéma ou la foire, dont ils apprécient les attractions.

Lorsqu'ils en ont les moyens, certains achètent une bicyclette (premier signe extérieur d'une montée dans la hiérarchie de la société), ou mieux, un vélomoteur ou une petite motocyclette. Ils achètent également transistors et montres qu'ils rapporteront en Afrique, comme les témoins de leur réussite.

On peut se demander quel est le comportement de ces jeunes hommes vivant dans une société privée provisoirement de femmes ? Tout d'abord, ils ne semblent pas avoir de contact avec les femmes françaises, celles qui leur seraient éventuellement accessibles, les obligeraient à une dépense difficile à insérer dans leur maigre budget. Par ailleurs, cette dépense les choque.

La seconde question concerne alors l'installation de certaines habitudes homosexuelles. Cette hypothèse ne paraît pas se confirmer.

Sur un plan biologique, les épreuves de la transplantation, la fatigue ont probablement pour effets de limiter les besoins sexuels. Cela ne veut pas dire que cet état de fait n'entraîne pas des conséquences d'ordre psychologique.

C - LES RELATIONS AU MILIEU (1)

a) la relation aux autres Africains.

Elle se fait au sein de la communauté. Nous avons eu l'occasion d'en parler longuement. Nous nous bornerons, ici, à en dégager deux éléments essentiels : la relation aux camarades chaleureuse et reposant sur la solidarité - la relation, soumise au chef de la communauté. Dans le même esprit que cette dernière, se situe sans doute la relation, soumise du plus jeune à son

(1) Nous envisagerons les relations au milieu de travail dans le chapitre V.

âiné; celle-ci a pour avantage de prévenir une certaine délinquance et d'éviter certains troubles psychiques liés aux difficultés d'adaptation. Ces types de relation constituent en réalité la transposition en milieu européen des relations interpersonnelles africaines.

b) La relation aux Algériens.

Ce mode de relation mérite que l'on s'y arrête car il est marqué par un état de tension, souvent latent, mais permanent. En effet, les Africains sont exploités par un certain nombre de propriétaires d'hôtel algériens. A cela, s'ajoute la lutte quasi naturelle de deux couches, les plus bas situées, dans l'échelle socio économique française. Il existe une certaine compétition entre eux, sur le marché du travail, d'où une réaction de défense agressive de la part des avant derniers occupants, en l'occurrence, les Algériens, à laquelle répond une attitude forcément agressive des Noirs. Ainsi est réalisée une situation tendue, source de conflits, rendue permanente par le voisinage de ces deux communautés, aussi bien à leur domicile qu'à leur travail.

c) La relation aux Français.

Nous envisagerons successivement les deux sens de cette relation dynamique, sachant combien le comportement de l'une des parties, peut influencer le comportement de l'autre (Mme FAVEZ.BOUTONNIER).

La relation de l'Africain au Français,

La relation du Français à l'Africain.

- La relation de l'Africain au Français.

Les rapports directs entre Français et Africains sont, en définitive, limités et se bornent au côtoïement du camarade de travail, du commerçant, ou éventuellement de la famille française résidant dans le même immeuble ou le même quartier.

Au départ, l'Africain a une idée assez élevée du Français, les résultats de nombreux sondages le prouvent (J. Mesnil). Par ailleurs, nous l'avons souligné (1), il s'est fait une conception idéalisée de la France,

(1) Chapitre III.

Qu'advient-il alors de cette représentation magique une fois confrontée à la réalité ? Nous sommes autorisés à penser que cette confrontation est source de déception. Toute l'organisation de notre vie doit lui sembler étranger. Depuis notre comportement individualiste jusqu'à l'organisation administrative deshumanisée, à laquelle notre vie quotidienne est soumise.

Mais surtout, les conditions de vie qui lui sont réservées, constituent l'élément le plus agressif. Elles choquent, en effet, son sens de l'hospitalité et certains d'entre eux pensent que les Français ne les aiment pas, parce qu'ils tolèrent cet état de fait. Ils sont atteints dans leur dignité d'hommes, ce qu'explique leur réticence à recevoir la visite de Français. Nous en avons eu, personnellement, le sentiment la première fois où nous avons pénétré dans une communauté africaine, bien qu'introduits et attendus. L'accueil qui nous fut réservé était plein de réserve et teinté, nous-a-t-il semblé, d'un certain reproche. Ceux qui ont eu l'avantage d'avoir des relations prolongées et répétées avec les membres de certaines communautés ont pu nouer, avec ces derniers, des relations très cordiales (J. Mesnil).

La réticence dont nous avons parlé est particulièrement marquée à l'égard des journalistes et surtout photographes, dont les reportages étalent, au grand jour, leur misère.

D'une manière générale, l'attitude passive et réticente qu'ils opposent aux démarches et aux exigences de la vie en France, peut être assimilée, en quelque sorte, aux mécanismes régressifs utilisés par les malades pour essayer de lutter contre l'anxiété et de s'adapter à l'hôpital. Il s'agit là de l'adaptation à un mode de vie totalement différent du leur.

- La relation du Français à l'Africain.

De nombreux sondages d'opinion publique concernant l'immigration noire, ont été publiés. J. Mesnil, en particulier, a interrogé des personnes appartenant à des couches très diverses de la société. L'Africain est accepté, dans l'ensemble, et il bénéficie toujours d'un préjugé favorable par rapport à l'Algérien à qui on le compare systématiquement.

Nous nous arrêterons, quelques instants, sur le bilan d'une enquête effectuée en 1965 par l'Institut Français d'opinion publique, dont les

résultats nous semblent particulièrement évocateurs.

Trois questions ont été posées à 100 personnes

(1) Seriez-vous disposés ou non, à avoir des relations de travail quotidien avec des noirs.

68% sont pour
15% sont opposés
17% sans opinion.

(2) Seriez vous disposés à recevoir un noir à votre table ?

60% pour
25% résolument contre
17% indécis.

(3) Seriez vous favorables au mariage de votre fille ou de votre soeur avec un noir ?

12% favorables
63% contre
25% indécis.

L'analyse de ces chiffres révèle que les Africains sont acceptés par la plupart, on est prêt à avoir certaines relations avec eux, mais l'assimilation réelle dans le milieu français (par le mariage) ne semble guère possible.

En réalité ne serait-ce pas un faux problème que d'essayer de les assimiler à tout prix ? Le contact entre deux communautés ne peut être qu'enrichissant. La confrontation est profitable dans les deux sens, ils peuvent nous apporter, comme nous nous pouvons leur apporter.

Certaines des conclusions de P. PARIN et F. MORGENTHAUER sont, à ce titre, riches d'enseignements. Elles précisent que dans notre culture occidentale nous sommes plus indépendants, mais aussi plus solitaires et plus asociaux que les Dogons. Ceux-ci mieux protégés que nous envers leurs conflits intérieurs. Ils s'entendent également mieux avec leurs semblables.

Leur pensée, par ailleurs, est empreinte d'une certaine sagesse, que nous illustrerons en reproduisant quelques phrases de l'un d'eux : "Ici tout le monde est content. On est content des choses comme elles sont... Quand on peut travailler et moissonner, on a assez à manger. Alors, il y a des fêtes et on va dans d'autres villages. Là, il y a à boire, on parle longuement avec tout le monde et puis on retourne chez soi... Les Blancs pensent trop, et ils font beaucoup trop de choses et, plus ils en font, plus ils pensent. Et puis ils gagnent beaucoup d'argent, ils se font du souci car ils ont peur de perdre leur argent... Alors ils ne sont jamais tranquilles. C'est pour ça qu'ils ne sont pas heureux".

o o

Le but à rechercher n'est pas de faire, des Africains, des Européens, mais de respecter leur valeur propre. Il ne faut pas vouloir changer leur système de valeur par le nôtre. Ce que l'on peut faire, c'est les amener, eux-mêmes, à utiliser certaines de nos techniques dans leur propre contexte. Le plus souhaitable, pour l'Africain, est d'orienter ses potentialités vers son pays et pour la promotion de celui-ci. Ce serait une erreur, pour nous européens, de "penser" l'évolution de ces travailleurs par rapport à nos propres critères.

o o

En définitive, le sentiment du Français vis à vis de l'Africain est teinté de supériorité protectrice. Il n'a pas la notion exacte de la place tenue par le type de main d'oeuvre qu'il représente dans la réalisation du confort de nos sociétés industrielles et se sent plutôt son créancier que son débiteur (Père DESCHAMPS).

Bien qu'il s'en défende, un sentiment raciste est sous-jacent aux différentes opinions et à l'attitude générale du Français vis à vis de l'Africain. Ce sont ses propres critères qui lui semblent les meilleurs ; il estime les valeurs propres d'un sujet issu d'une autre communauté comme moins bonnes que les siennes, parce que différentes.

EN CONCLUSION.

Les conditions de vie en France, loin d'apporter une solution aux problèmes de transplantation, en constituent, au contraire, les effets néfastes. Chacun des éléments de ces conditions constituent, en eux-mêmes, un stress nouveau.

- l'organisation et les conditions de l'habitat sont source d'une multitude de dangers.

Les risques d'accidents multiples (asphyxie, incendie, explosion)

L'insalubrité des locaux (atmosphère humide et confinée)

Les dangers de contamination, favorisés par la promiscuité. Le Professeur Brocard souligne la participation importante de la contamination massive et répétée, associée aux modifications du terrain, dans l'apparition de la tuberculose.

- les conditions climatiques, si différentes de leur milieu naturel, entraînent une augmentation de dépenses énergétiques et sont responsables de l'éclosion de nombreuses maladies respiratoires (gripes, pneumopathies aiguës). De toutes manières, elles fragilisent le terrain somatique.

- l'alimentation non adaptée aux besoins accentuent les carences.

- la méconnaissance de certaines règles d'hygiène personnelle (lutte contre le froid, besoins alimentaires) de ces sujets aggravent encore la situation.

- Au total, les conditions de vie de ces sujets immigrés ont pour conséquence de favoriser l'apparition de la maladie et, de toute façon, pèsent lourdement sur leur santé déjà fragile.

o o

Conscients de la gravité de ce problème, de nombreux organismes ont compris qu'il était urgent de tenter d'y apporter des solutions, en construisant des foyers. Pour ne citer que quelques exemples, l'AFTAM (1), l'Union Générale des travailleurs Sénégalais, s'y sont consacrés.

(1) Association pour l'accueil et la formation technique des travailleurs Africains et Malgaches.

Sur le plan officiel, le Fonds d'action social, réservé jusqu'alors aux Algériens, voit ses attributions élargies à l'ensemble des travailleurs étrangers et en particulier aux Africains noirs (à partir de septembre 1964). Sans réaliser lui-même, le Fonds suscite ou encourage les initiatives, en vue d'améliorer les conditions de logement. Ainsi, ont été ouverts un certain nombre de Centres (9), dont les derniers sont ceux de Pierrefitte et de St-Denis (inaugurés en 1966). Le programme actuel prévoit l'organisation de foyers portant le nombre de lits à 5.000 au total.

Le but de ces foyers est d'assurer aux Africains, le minimum de conditions exigibles par leur vie d'homme et de travailleur, à fortiori dans un pays de civilisation industrielle comme le nôtre.

Ils doivent respecter certaines normes de la civilisation et de la vie Africaine. Il ne faut jamais perdre de vue qu'on ne doit pas leur imposer nos propres conceptions, nos propres normes de vie.

Sur le plan sanitaire, le foyer offre un moyen de circonscrire plus efficacement les foyers d'infection et d'avoir plus de possibilités pour organiser, sur place, une certaine forme d'éducation sanitaire, en même temps d'ailleurs, que la formation professionnelle.

Sur tous ces points, les foyers de Rouen, actuellement au nombre de quatre, sont particulièrement adaptés, puisque les premiers mis en service depuis plusieurs années ont été conçus en fonction des exigences de vie d'un Africain. Les habitants y sont heureux.

La réputation de ces foyers est largement connue dans le milieu des immigrés qui en envient les occupants.

o o

A l'ensemble des différents facteurs que nous venons d'envisager, il s'ajoute un autre élément d'ordre psychologique important. C'est celui de la réaction du milieu français en présence de ces travailleurs. Bien qu'il s'en défende, le fondement même du comportement du Français, en général, est sous-tendu de racisme. Le problème ne réside d'ailleurs pas dans l'étonnement que peuvent éprouver certains Français, amenés à côtoyer les Africains, devant quelques-unes de leurs habitudes de vie, ni même dans la crainte d'accidents

(incendie, explosion), qui peuvent survenir dans les immeubles qu'ils occupent.

Mais le problème se trouve dans la tendance du Français à considérer ses propres critères culturels comme étant les meilleurs et à envisager ceux des autres communautés, comme inférieurs aux siens, parce que différents. C'est là une position génératrice de déséquilibre pour celui qui y est soumis.

Actuellement, cette attitude n'engendre pas de réaction d'agressivité et ne produit pas une situation tendue entre les deux communautés. Cependant, si l'on veut aller plus loin, on peut se demander ce qu'il adviendrait si la communauté noire augmentait dans de fortes proportions. Nous avons déjà évoqué cette question au sujet de situation "fragmentaire" (milieu sanatorial).

Ce problème très complexe, mérite réflexion et ne doit pas être méconnu. La recherche d'une solution, bien que difficile, doit être fondamentale. Elle s'inscrit dans un contexte beaucoup plus général que celui de l'immigration noire. (1)

oOo

(1) Il est intéressant, entre autre, de souligner l'entreprise du Centre de liaison des éducateurs contre les préjugés raciaux.

C H A P I T R E V

LE TRAVAIL

Le travail, but de l'immigration, revêt une importance capitale dans la vie de l'Africain. Cependant, à chacune des étapes qu'il aura franchies, il se heurtera à des difficultés multiples, d'autant plus grandes qu'elles s'inscrivent dans le cadre de la transplantation.

Nous envisagerons successivement :

- le placement
- la qualification
- l'emploi
- le rôle du médecin du travail
- l'adaptation au travail
- la formation professionnelle.

1. - LE PLACEMENT

Le problème est difficile, particulièrement pour le travailleur isolé. Les difficultés sont accrues par un certain nombre de facteurs que nous aurons l'occasion d'envisager ultérieurement (absence de qualification, transplantation, climat etc..). Nous analyserons successivement les différents moyens dont dispose l'Africain pour trouver un emploi.

Il ne passe, pratiquement pas par le Bureau de Placement (en moyenne 25 placements vrais par mois, selon J. Mesnil).

Pour quelques cas isolés, l'embauche se fait directement en Afrique, le travailleur relève alors de l'O.N.I.

Le plus souvent, c'est par l'intermédiaire de ses camarades qu'il effectue ses recherches. Soit ces derniers le font embaucher dans leur propre entreprise, soit ils lui communiquent des adresses.

Il peut aussi se faire embaucher "sur le tas".

Dans les deux derniers cas, lorsqu'il s'agit d'un nouvel arrivant, il se retrouve seul, pour affronter les difficultés multiples qui surgiront; entre autres, celles de s'orienter dans la ville, d'utiliser les transports en commun ou de prendre contact avec l'entreprise.

Il faut cependant signaler qu'un certain nombre d'associations orientent une partie de leurs activités, en vue d'apporter une solution à ce problème. Citons :

- l'Union Générale des Travailleurs Sénégalais qui, lors de son bilan d'activité des années 1964-1965, signale avoir opéré 180 placements à Paris et en Province (AFP 8-8-65)

- le Service Travail et Promotion de l'Association Accueil et Promotion, ainsi que l'AFTAM. pour ne citer que ces deux organismes, aident également les travailleurs à trouver un emploi.

La recherche de travail ne se solde pas toujours par un résultat positif. Il est difficile d'évaluer le pourcentage de chômeurs car les inscriptions aux Bureaux de main d'oeuvre, sont fort rares et les pointages interrompus. Des chiffres divers ont été avancés, mais par recoupement, J. Mesnil estime ce pourcentage entre 15 à 20% ce qui, comparativement à celui concernant les chômeurs français (1 à 2%), est extrêmement important.

NB. Les chiffres sont valables pour la fin 1965 et peuvent être modifiés en fonction du marché du travail.

o o

Sur une décision de la Commission de la CEE, les Travailleurs Africains admis en France, ne peuvent pas être embauchés librement dans les autres pays du Marché Commun. (AFP spécial Outre-Mer n° 5572, 7-1-65)

2. - LA QUALIFICATION

Nous avons signalé, dans le chapitre I, que l'origine des candidats au travail est, le plus souvent, rural. La plupart arrive donc sans aucune qualification professionnelle. De plus, un grand nombre d'entre eux, soit ne parlent pas le français (40% selon Esperat), soit le parlent très mal. Il faut noter également un pourcentage élevé d'illettrés.

- J. Bourras cite une enquête pratiquée dans 80 entreprises, employant 175.000 personnes, dont 2.500 Africains noirs (soit 1 $\frac{1}{2}$ %) qui a permis de dénombrer :

dans 12 entreprises : une trentaine d'ouvriers professionnels (OP)

dans 3 entreprises : sont répartis 5 agents de maîtrise
(chefs d'équipe de manoeuvres, chargés de l'encadrement de leurs compatriotes)

- Legru cite une enquête portant sur l'industrie automobile employant 1.350 travailleurs africains (4 entreprises). Il relève :

47% manoeuvres

53% manoeuvres spécialisés (OS)

- La Revue Afrique Nouvelle 1965 relate une étude portant sur 12 entreprises, employant de 60 à 30.000 ouvriers et comptant 242 noirs; parmi eux, 9 ne travaillent pas pour diverses raisons. Sur les 233 restant :

107 manoeuvres

119 OS

3 OP

4 employés.

- Les résultats obtenus à la suite d'un bilan partiel pratiqué à partir des dossiers de malades hospitalisés au Centre Hospitalier de St-Denis, sont les suivants :

En 1966 (2^e et 3^e trimestres),

Pour 76 malades :

- 49 sont manoeuvres

- 23 sont OS

- 4 sont OS₂

Ces chiffres partiels semblent bien confirmer les évaluations faites sur une plus grande échelle.

3. - L'EMPLOI.

Nous envisagerons successivement :

- A) Nature de l'emploi
- b) Notions de durée de travail et de salaires
- c) Notions de stabilité de l'emploi.

A - NATURE DE L'EMPLOI

L'Africain occupe l'échelon le plus bas de la hiérarchie du travail, déserté par la main d'oeuvre française et même étrangère implantée depuis un certain temps. On retrouve là une des constantes des migrations, soulignée par J-P. N'Diaye dans "Pourquoi les Migrations" (Réalité Africaine - mai-juin 1963). La sixième constante de l'immigration est l'occupation du bas échelon socio-professionnel.

Sans qualification professionnelle, ne possédant rien, il a la nécessité absolue de travailler (but qui a déterminé son immigration), il acceptera n'importe quel travail. Tous les rapports concordent pour dire qu'on le retrouve aux postes les plus salissants et les plus désagréables. Toutefois, certains facteurs, tels que le climat et une résistance physique parfois amoindrie (par les parasitoses, les carences, la faible résistance au froid), l'obligent à éviter des postes particulièrement pénibles.

Un certain nombre de statistiques ont été effectuées; elles nous permettent de nous rendre compte quelles sont les branches de l'industrie les plus fréquentées.

Les statistiques de J. Bourras, à la suite de l'enquête déjà mentionnée, mettent en évidence les entreprises où le pourcentage des Africains est le plus élevé :

Industrie chimique	6%	(sur 5 entreprises)
Blanchisseries industrielles	10,2%	(sur 4 entreprises)
Tanneries	43%	
Métaux	1,6%	

Statistiques données par le revue "Perspectives" n° 344 du 4-9-65 :

en 1962

Métallurgie	58%
Textile	16%
Industrie chimique	8%
Bâtiment	6%
Divers	12%

Statistiques données par le Gru en 1963 sur 146 entreprises employant 3.277 africains (entreprises d'importances diverses) :

Automobiles	1.350 (4 entreprises)
Pouvoirs publics (éboueurs, cantonniers, entretien parc, jardins, dépôts)	980
Construction mécanique	} 922 (59 entreprises)
Electricité	
Textiles	246 (7 entreprises)
Industrie alimentaire	211 (17 entreprises)
Métallurgie	106 (17 entreprises)

Statistiques données par P. Housset, J-P. Jacquemet et G. Ronne (lors d'une communication faite à la Société de Médecine et Hygiène Travail, 14-12-1964) pour une usine de construction automobile employant 14.000 personnes :

Etrangers 37%
Africains noirs 3% du personnel étranger.

Il est assez difficile de se faire une opinion en examinant ces chiffres qui semblent, pour certains d'entre eux, diverger. Cependant, il se dégage des différentes statistiques consultées que les branches les plus fréquentées sont la métallurgie, l'industrie chimique et automobile.

Il faut ajouter, pour terminer, que les Africains préfèrent les petites entreprises aux grandes. Le rythme de travail est moins rapide, moins rigide, l'organisation moins administrative et les rapports humains plus faciles, tant avec le patron qu'avec le personnel.

b) NOTIONS DE DUREE DU TRAVAIL ET DE SALAIRE

Pour ces travailleurs, le but est de gagner de l'argent, avant tout. Ils préfèrent, comme l'ont dit certains auteurs, faire un nombre plus élevé d'heures à un tarif horaire bas, que moins d'heures à un tarif horaire plus élevé, même si la différence de gain est minime (Ils acceptent ainsi de passer de 45 heures par semaine pour Fr 600.- par mois, à 55 heures pour Fr 650.-). Ils cherchent donc à faire des heures supplémentaires. Ils préféreraient même ne pas bénéficier des congés payés pour conserver, pendant cette période, leurs heures supplémentaires.

Le nombre d'heures moyen par semaine est donc très élevé (il n'est pas rare de voir des ouvriers compter 50 à 55 heures par semaine). Ces ouvriers sont assujettis, par leur manque de qualification, au salaire minimum.

Dans son rapport d'activité (premier semestre 1965), le Service Social du Centre Bossuet, relève certains salaires horaires de Fr 1.97. Il souligne qu'il semblerait que le sous-prolétariat reproche aux Africains d'accepter ces salaires minimum.

J. Mesnil donne les résultats d'un sondage effectué en avril 1964, auprès de 50 entreprises employant des noirs. Le salaire horaire varie entre Fr 2.11 et Fr 4.-. Le revenu mensuel se situe entre Fr 430.- et Fr 650.-; il dépasse Fr 1.000.- dans quelques rares cas.

Le même auteur rappelle également, les résultats d'une enquête effectuée par l'Inspection divisionnaire du travail et de la main-d'oeuvre en juillet 1964 (concernant les travailleurs Africains noirs dans le département de la Seine), concluant à la similitude des salaires horaires entre européens et noirs, pour des emplois égaux. Par ailleurs, le salaire au rendement est calculé sur la même base.

c) STABILITE DE L'EMPLOI

Pour J. Bourras, d'une part, le sondage effectué auprès de 80 entreprises précitées, met en évidence que :

2/3 des entreprises interrogées estiment que cette main-d'oeuvre est stable.

1/3 qu'elle est franchement instable.

J. Housset et ses Collaborateurs, d'autre part, estiment, au niveau de l'entreprise où leur enquête est pratiquée, qu'en dehors des mouvements de personnel périodiques, la main-d'oeuvre étrangère est relativement stable et les licenciements, pour motifs professionnel ou disciplinaire, ne sont pas plus nombreux pour les étrangers que pour les français. Ils ne mentionnent pas de cas particulier concernant les noirs.

Les démissions précoces au premier semestre y sont exceptionnelles et les deux motifs invoqués sont : les raisons de santé et le travail en équipe mal supporté.

4. - QUELQUES CONSIDERATIONS SUR LE ROLE DU MEDECIN DU TRAVAIL.

Par son rôle au sein de l'entreprise, le médecin du travail occupera une position privilégiée pour aborder l'ensemble des problèmes originaux que pose l'Africain, tant par son état de travailleur que par son état d'Africain migrant récemment transplanté. (les deux notions étant étroitement liées).

En effet le médecin du travail est à même non seulement d'envisager l'aspect purement sanitaire, mais également les difficultés de la mise au travail et les retentissements de ce dernier (auxquels s'ajoutent ceux de la transplantation en général) sur le plan somatique et psychologique.

Nous envisagerons succinctement le problème lors de chaque étape de l'activité du médecin du travail :

- Visites systématiques
- Accidents du travail
- Arrêt de travail pour maladie - Notion d'absentéisme
- Visite d'ateliers
- Liaisons à l'intérieur et à l'extérieur de l'entreprise.

A - VISITES SYSTEMATIQUES.

I - Visite d'embauche

Son but est d'abord le dépistage d'une maladie qui, le plus souvent, s'inscrit dans le cadre nosologique précédemment étudié : Tuberculose, dont on retrouve les caractères généraux déjà cités, parasitose. L'examen devra tenir compte du fait que l'Africain, habitué à certains symptômes et ignorant de leur valeur, négligera de les signaler.

Les refus d'embauche sont rares et généralement, dus à la découverte d'une tuberculose pulmonaire, lors de l'examen radiologique. Dans ce cas, le travailleur africain, fraîchement débarqué, se trouve dans une situation dramatique, car, sans ressources, et non assujéti à la Sécurité Sociale.

La visite d'embauche doit ensuite permettre de déterminer l'aptitude à un poste de travail déterminé.

Dans ce cadre, on tiendra compte en premier lieu, d'éléments d'ordre général qui contre-indiqueront éventuellement les postes demandant une résistance physique particulièrement importante : fragilité de certains sujets, liée au terrain morbide (parasitose), à la transplantation, aux éléments carentiels, à la faible résistance au froid.

Il faudra ensuite contrôler l'aptitude à certains postes particuliers : postes exposés aux toxiques, postes exposés aux dangers, postes de sécurité.

- Postes exposés aux toxiques.

Ils exigent une étude systématique de la N.F.S. Pour ce qui est de la lignée rouge, toute anomalie est une contre-indication : carence en fer, carence vitaminée, hémoglobine anormale, thalassémie.

Pour ce qui est de la lignée blanche, le problème se pose devant la découverte (assez fréquente) d'une neutropénie avec éosinophilie importante (20 à 25%). Selon CASSOU, il n'existe pas de règles formelles et l'on peut admettre une tolérance assez large sous condition d'une surveillance stricte. Pour VALENTIN (Régie Renault), l'éviction des postes en

contact avec des hydrocarbures aromatiques est décidée devant une neutropénie importante. Melle NEGRI signale que, la neutropénie avec éosinophilie, constatée lors de l'embauche, augmente après quelques semaines de contact avec le toxique, mais diminue, pour se maintenir à son taux primitif, en cas de changement de poste. Cet auteur rejoint donc les conclusions du précédent et préconise également l'éviction dans le cas précité.

PARDON pose le problème en fonction des normes hématologiques africaines, liées aux éléments génétiques nutritionnels et parasitaires : quelle marge de sécurité peut-on admettre entre ces normes et les normes européennes, tant au point de vue biologique que médico-légal ?

- Postes dangereux et de sécurité

Le médecin du travail apprécie l'aptitude à ces postes en fonction de chaque individualité. Mais le travailleur est généralement inapte à ces postes, surtout lors de son arrivée en France, pour trois raisons principales : absence de notion de sécurité, incompréhension de la langue, entravant l'éducation par les agents de maîtrise, illetrisme rendant impossible la compréhension des instructions écrites.

Il est à noter que lors de la visite d'embauche, le médecin rencontre, parfois, certaines difficultés, mises en évidence par P. HOUSSET, P. JAQUEMET, G. RONNE.

- l'âge du sujet ne peut être déterminé avec exactitude. En effet, les papiers d'identité ont parfois été falsifiés pour permettre le départ de certains jeunes travailleurs.

- l'examen du sujet est gêné par un certain degré de pudeur et par la présence d'amulettes et de gris-gris protecteurs.

II - Examens périodiques.

Ils permettent eux aussi le dépistage systématique d'une maladie et l'évaluation de l'adaptation au travail et aux nouvelles conditions de vue de ces travailleurs. Grâce au caractère obligatoire de ces examens, le médecin du Travail est le seul à pouvoir suivre régulièrement ces sujets.

B - MALADIES

Il est intéressant d'envisager les maladies sous l'angle de l'absentéisme qui, d'après certains travaux actuellement en cours dans le département de la Seine, serait un critère d'appréciation de la santé mentale d'une population.

Or, on constate que, comme pour l'ensemble de la main-d'oeuvre étrangère, cet absentéisme est faible : 70% des Africains n'ont jamais arrêté le travail, et les causes d'arrêt de travail sont toujours des causes graves. On retrouve, là encore, cette notion fréquente du refus de suspendre le travail. L'absentéisme est souvent moindre, du fait de cette notion. (GRIMBERT).

C - ACCIDENTS DU TRAVAIL

P. HOUSSET et ses Collaborateurs, au cours de leur enquête sur les étrangers au travail en usine, ont mis en évidence les faits suivants : Ces travailleurs ne possèdent pas la notion de risques et de règles de sécurité, de plus, ne comprenant pas la langue, ils éprouvent de grandes difficultés à accéder à ces règles.

On retrouve également la difficulté de s'adapter aux règles administratives et à la nécessité de déclarer l'accident du travail pour faire valoir leurs droits ultérieurs.

La reprise du travail ne pose pas de problèmes dans le cas de petits ou moyens accidents. Dans les cas graves, la difficulté réside dans le fait de prolonger le traitement en dehors des activités de travail.

Le reclassement est difficile, du fait du défaut de qualification.

Parmi les malades hospitalisés à l'Hôpital de St-Denis, nous avons relevé le pourcentage d'A.T. suivants :

Sur 96 hospitalisés : 6 l'ont été pour accident de travail, soit 6% environ. Les motifs en sont variables :

- 2 fractures de jambe
- 1 contusion de la région malaire sans fracture
- 1 traumatisme crânien

- 1 brûlure de la face et du cou
- 1 plaie du pouce droit
- 1 hémarthrose du genou.

La gravité pour chacun de ces accidents est inégale.

Certaines études ont montré le lien existant entre la fréquence des accidents du travail et le manque de communication au sein d'un groupe de travail, particulièrement par rapport à son chef (MATHE).

H. SCHLIMBERGER et R. PORTEL insistent sur l'importance du déracinement dans les entreprises du bâtiment et des travaux publics.

Certains auteurs allemands font état des problèmes qui se posent dans une usine d'automobile employant des étrangers : problèmes qui pourraient tout aussi bien concerner les Africains en France. Ils préconisent, en particulier, l'emploi d'interprètes au courant des problèmes de sécurité et l'utilisation de panneaux de mise en garde et d'interdiction sans légendes (G. HINZE).

Il faut signaler, en conclusion, que l'absence d'alcoolisme, chez la plupart des Africains, est un facteur de prévention des accidents de haute valeur, quand on considère le pourcentage élevé de ceux-ci, liés à l'éthylisme.

D - VISITES D'ATELIERS.

L'étude des différents postes permet d'évaluer ceux qui conviendraient le mieux aux travailleurs africains. Le médecin du travail peut y observer comment ceux-ci s'adaptent à leur travail, et par ailleurs, il peut profiter de ces visites pour établir une relation avec ceux-ci et observer l'attitude de leur entourage vis à vis d'eux. Il peut mettre au courant les chefs d'équipe et les camarades, de certaines notions élémentaires facilitant les relations entre eux.

E - LIAISONS A L'INTERIEUR DE L'USINE.

Le médecin du travail doit éclairer le chef d'entreprise sur les nombreux aspects du problème (en particulier les conditions de mise au travail et les impératifs sanitaires) et suggérer des solutions.

Le médecin du travail n'est certainement pas étranger aux différentes expériences tentées, notamment celle relatée en province par J. BOURRAS, qui concerne une société d'équipement automobile ayant employé 200 travailleurs noirs pendant une période de 12 mois.

En liaison avec le Comité d'Hygiène et Sécurité, il peut aussi envisager certains moyens d'assurer la sécurité de ces travailleurs.

IV CONCLUSION.

Le contrôle médical du travail est actuellement le seul contrôle sanitaire légalement exigible. L'Africain, non sans marquer quelques réticences dans la crainte de la découverte d'une maladie, l'accepte, car il sait que sa mise au travail ou son maintien dans une entreprise en dépend, fait essentiel pour lui.

Les services médicaux peuvent donc fonctionner comme d'excellents centres de dépistage et permettre de suivre l'Africain, au cours de son séjour dans l'entreprise.

Comme le font remarquer le Professeur BROCARD d'une part, P. HOUSSET, J.P. JACQUEMET et leurs Collaborateurs d'autre part, cette position devrait être exploitée, mais les moyens dont disposent les médecins du travail, sont insuffisants et le rythme des visites périodiques est trop lent, notamment pour dépister la tuberculose dont on connaît l'évolution particulièrement rapide chez ces sujets.

Par ailleurs, le médecin du travail, conscient de l'ensemble des problèmes posés par ces travailleurs, peut, dans l'entreprise, jouer un rôle déterminant dans leur adaptation et éviter certains conflits, en éclairant l'entourage du sujet.

Nous avons déjà souligné combien il serait intéressant, tant pour le médecin du travail que pour l'employeur, de connaître certains aspects du "vécu" de ces sujets.

5. - ADAPTATION AU MILIEU DE TRAVAIL.

L'absence de qualification et l'ignorance du français sont deux obstacles majeurs à l'insertion de ces sujets dans le milieu du travail. Ajoutons, entre autres, à cela, la sous alimentation, l'adaptation au climat et la méconnaissance, le plus souvent totale, du travail en milieu industriel. En effet, tous les éléments de ce travail leur sont étrangers, les outils et les machines si complexes, en regard des outils archaïques utilisés par le paysan africain ;

- . les gestes de travail qu'il faut acquérir avec précision;
 - . le bruit,
 - . le rythme de travail rapide,
 - . la structure rigide de l'organisation et les contingences administratives qui lui semblent démesurées et si difficilement accessibles.
- Tous sont autant d'obstacles qu'il lui faudra affronter presque simultanément.

Cette adaptation, à priori si compromise par des handicaps nombreux, est cependant satisfaisante. Nombreux sont les auteurs qui s'accordent à le constater. Pour P. HOUSSET et ses Collaborateurs, en dehors des cas pathologiques dépistés, l'adaptation physique est satisfaisante (il faut rappeler la relative robustesse des candidats au travail que nous avons signalée précédemment. La TA est normale, le poids augmente au cours de la première année, des troubles du sommeil ne sont pas signalés. Au cours des 6 premiers mois, on voit disparaître progressivement l'excès de pudeur et les amulettes déjà signalés. L'avis du personnel de maîtrise, en dépit de quelques réticences, est en faveur d'une bonne adaptation et les notes attribuées au personnel français sont sensiblement les mêmes que celles attribuées aux Africains.

Pour J. BOURRAS, la période d'initiation est longue et nécessite de gros efforts de la part des intéressés et de leur encadrement. Le rendement qui au cours des premiers mois est inférieur à celui des européens, s'élève par la suite, pour le rattraper.

Nous pensons que la fréquence des accidents de travail et l'absentéisme donnent une bonne indication sur le niveau d'adaptation. Nous citons

l'enquête de J. HOUSSET, J.P. JAQUEMET et G. RONNE. "Les accidents de travail, globalement pour tous les étrangers, d'après les statistiques du Service d'Hygiène et Sécurité pour 1963, ne sont ni plus fréquents ni plus graves que pour les français.

L'examen comparatif de fiches d'infirmierie de 300 travailleurs :
100 français
100 étrangers non noirs
100 noirs, embauchés à la même date

Pendant les 18 mois de travail (subdivisés en 3 semestres), les constatations suivantes ont été faites :

Le pourcentage de sujets indemnes diminue dans chaque groupe, au cours des 3 semestres, selon des courbes strictement superposables, on peut en déduire une sélection similaire des sujets habiles.

Le nombre de jours d'arrêt diminue, pour tous les groupes, au cours des 3 semestres "les sujets semblent s'adapter dans les mêmes conditions que les français".

C'est parmi les Noirs, qu'au cours du premier semestre, on observe le plus d'accidents, mais ceux-ci sont de faible gravité (durée d'arrêt inférieure à celle des français), cet état de fait semble être provoqué par leur inexpérience totale. Dans les 6 mois qui suivent, les chiffres diminuent.

Quant à l'absentéisme pour maladie, nous ne ferons que rappeler deux notions particulièrement significatives : 70% n'ont pas arrêté le travail en 1 an de présence et, le cas échéant, le motif de l'arrêt est grave."

Les statistiques citées ont une valeur indicative puisqu'elles concernent une seule entreprise; cependant, elles sont significatives étant donné l'importance de l'entreprise dont nous rappelons l'effectif horaire : 14.000 personnes dont 37% d'étrangers (les Africains représentent 3% des étrangers). Elles nous ont semblé particulièrement illustrer les impressions, parfois subjectives, que l'on retrouve dans de nombreuses enquêtes.

J. BOURRAS rappelle que les expériences ont particulièrement réussi, là, où le travail était adapté aux possibilités des sujets et où l'encadrement était bon.

A ce propos, il est intéressant de citer deux expériences. La première faite à Rouen, où un soin tout particulier a été apporté à l'accueil des Africains. L'adaptation au travail n'en est que meilleure. La seconde, rapportée par J. BOURRAS, concerne une société automobile de Province. Les nouveaux arrivés sont nourris et hébergés, pendant deux à trois semaines, avant la mise au travail. Un responsable, payé par l'entreprise, assure uniquement la discipline parmi eux. Des équipes de travail mixtes (français et africains) sont constituées pour éviter tout séparatisme. Les postes sont choisis en fonction de leur aptitude physique.

Parallèlement à l'étude de l'adaptation au travail, il est intéressant de faire quelques remarques à propos du mode de relation du travailleur à son entourage de travail et réciproquement.

- La relation aux autres ouvriers français et étrangers semble facile, exception faite de quelques conflits avec les Algériens, prolongement de ceux que nous avons déjà eu l'occasion d'évoquer (1). L'ouvrier français, de son côté, s'habitue facilement à lui. D'après certains sondages, le travailleur, situé au plus bas échelon socio économique, lui serait moins favorable et présenterait des réactions plus violentes, se sentant menacé sur le marché du travail. Ce genre de conflit est à rapprocher, malgré certaines différences, à celui opposant les Noirs aux Algériens. Pour l'ensemble des autres Français, on retrouve ce même sentiment empreint d'un certain "paternalisme affectueux". Cette formule (utilisée dans le rapport du Service Social du Centre Bossuet) a l'avantage de résumer les sentiments qui animent l'ouvrier Français en face d'un camarade plus déshérité que lui.

- Le travailleur Noir est très attaché à son patron, s'il a eu l'occasion d'avoir des rapports directs avec lui. Un sentiment de même nature le lie également à ses supérieurs plus directs et l'on conçoit le rôle important de ceux-ci pour favoriser son implantation dans l'entreprise. De son côté, le patron apprécie les qualités morales, reconnues par tous, à l'Africain : courage, assiduité, souplesse, ponctualité, gaieté.

(1) Chapitre IV

Ils sont, de plus, peu revendicatifs et, au départ, n'ont aucune formation syndicale.

Dans le domaine professionnel on lui reproche, par contre, un rythme de travail plus lent. On peut se demander, d'ailleurs, s'il n'y a pas, là, une relation avec la carence alimentaire. Le Docteur DA SILVA a fait une étude sur la relation entre la carence protidique et la lenteur du travail, dans des provinces particulièrement défavorisées économiquement, du Portugal. Il a constaté une amélioration du rendement, lorsque la ration alimentaire était plus équilibrée.

Toutefois, la lenteur constatée chez les Africains, semble contrebalancée par la poursuite prolongée de l'effort.

J. BOURRAS, après un sondage dans les 80 entreprises où portait son enquête, a révélé que :

40 d'entre elles sont nettement satisfaites de cette main-d'oeuvre.

12 hostiles.

6 nuancées dans leurs appréciations.

En conclusion, il ne faut pas perdre de vue, malgré des résultats qui semblent satisfaisants, dans leur ensemble, les sources inévitables de conflits. En effet, le patron et les supérieurs directs du travailleur Africain, ignorent ce qu'il attend d'eux et tendent toujours à penser que le comportement de l'Africain doit se calquer sur celui que l'on attend d'un Européen. Rappelons l'intérêt particulier que peut revêtir la connaissance de la notion de "la relation au patron" (1)

Comme pour le médecin du travail, il serait important et réalisable, bien que cela puisse sembler utopique, d'informer les employeurs de certains aspects caractéristiques du vécu de ces hommes.

(1) Chapitre II.

6. - FORMATION PROFESSIONNELLE

L'introduction dans la vie de l'usine, la familiarisation avec les machines, l'apprentissage des gestes de travail constituent, déjà en eux mêmes, une sorte de formation "sur le tas" dont il faut tenir compte.

Cependant, les possibilités de formation réelles sont réduites par le petit nombre de candidats susceptibles d'en bénéficier. En effet, une connaissance suffisante du français et un niveau minimum d'instruction sont indispensables. Par ailleurs, un aspect psychologique du problème a été signalé par le Père BOLLENGER. Pour cet auteur, les motivations du désir évident du travailleur de se perfectionner en français, en lecture en écriture et en calcul, résident dans la volonté d'accès à un travail plus rémunérateur. Lorsqu'ils plafonnent, certains abandonnent.

A - L'alphabétisation

L'alphabétisation est donc la base même de toute formation professionnelle. De nombreuses organisations en sont conscientes et concentrent là une grande part de leurs efforts; pour n'en citer que quelques unes :

l'Union Générale des travailleurs sénégalais

Accueil et Promotion

AFTAM.

Cette alphabétisation se fait sous forme de cours du soir. En dépit de certains obstacles (cours après les heures de travail, soucis, difficulté d'apprendre entre les cours, fatigue), l'assiduité est grande et la bonne volonté évidente. Selon J. Mesnil 10 à 20% des Africains suivent les cours.

Signalons une expérience faite, notamment, dans une usine de Montreuil (qui emploie 300 Africains). Des cours sont organisés, de 13h à 13h30, sur les lieux de travail. Citons également l'initiative heureuse d'un sanatorium des Bouches-du-Rhône. Elle met à profit l'immobilisation forcée de la cure sanatoriale pour organiser des cours.

Relevons que l'alphabétisation aurait une efficacité optima si elle était pratiquée dans la langue vernaculaire.

B - La formation professionnelle "proprement dite".

Elle est beaucoup moins avancée. D'une part, l'organisation en est insuffisante et d'autre part, les candidats aptes à la suivre, peu nombreux. De plus, certains d'entre eux, bien que capables d'y participer, ne le font pas, par manque d'information et par ce recul spontané devant toutes les démarches administratives. Nous citerons, à titre d'exemple, quelques possibilités s'offrant à eux.

- l'Union Nationale des travailleurs sénégalais a mis, à maintes reprises, l'accent sur ce problème. En mars 1964, déjà, elle faisait le point sur ce sujet.

- l'AFTAM :

- Accueil et Promotion

- En août 1965, s'ouvre, à Marseille, un Centre de préformation qui, jusque là, était réservé aux Nord Africains (Communiqué de l'AFP du 3-8-1965). Ce même communiqué fait mention du rôle des associations privées qui ont à leur actif la formation de 200 personnes.

- les compétences du Fonds d'Action Sociale vont aussi à la formation professionnelle.

- la Formation professionnelle des Adultes (FPA) ne draine qu'un nombre relativement restreint de travailleurs africains.

Selon les statistiques de 1963 citées par J. BOURRAS, on dénombrait :

Sur 28.000 stagiaires : 100 stagiaires Africains, dont la répartition est la suivante :

83 : bâtiment premier degré

11 : section métaux

5 : section industries diverses (1er degré)

1 : section technicien.

Le pourcentage d'abandon, au cours du stage, est sensiblement le même que pour les Européens.

- Il faut citer également certaines expériences particulières. A Rouen, l'organisation générale d'accueil des Africains a prévu également

la formation de ces travailleurs. Des cours sont organisés plusieurs fois par semaine, cours pour l'alphabétisation mais aussi en vue de la formation professionnelle.

En 1965 les ouvriers suivant une formation se répartissaient ainsi :

3 en soudure

1 en peinture

1 en ajustage

1 en taillerie

8 suivaient un enseignement collectif de technicien du bâtiment, en vue de l'obtention du Certificat d'Aptitude Professionnelle.

16 suivaient une formation technique dans les usines de fabrication de meubles de bureau

On signalait également la création, proche, d'un centre de formation agricole et d'élevage (actuellement ouvert) dont nous aurons l'occasion d'en souligner l'importance.

- Certaines entreprises prennent à leur compte une action en faveur de la formation professionnelle, à petite échelle.

- En conclusion.

En 1966, selon l'Union Générale des Travailleurs Sénégalais, il y aurait 8% d'ouvriers noirs africains qualifiés. Il reste beaucoup à faire dans le domaine de la formation professionnelle. Celle-ci, qui ne peut être dissociée de l'alphabétisation et de l'apprentissage du français, permettrait à l'Africain de résoudre de nombreux problèmes.

Elle lui faciliterait le placement et lui permettrait d'accéder à des postes plus rémunérés et de mieux s'adapter à la société industrielle. Cependant, il se pose là un problème grave. La formation acquise en France devrait être utilisable en Afrique. Or, il existe certaines branches de l'industrie française qui ne sont pas superposables aux besoins des états africains.

En réponse à ce problème, nous avons remarqué deux initiatives fort intéressantes :

• La première est celle prise par l'Union des Travailleurs Sénégalais dont les recherches, au sujet de ce problème, constituent une de leurs pré-occupations. Cette association a suscité la création de stages ruraux. De jeunes africains, par groupes de dix, ont effectué un séjour dans la campagne toulousaine, dans des milieux ruraux. Le double but recherché est d'éviter de couper les travailleurs de leur milieu d'origine et leur permettre de prendre contact avec le travail rural en France. En 1965, trente prennent part aux travaux des champs et de nombreux paysans sont volontaires pour les recevoir.

• La seconde des deux initiatives est l'ouverture, à Rouen, d'un centre de formation agricole et d'élevage.

Il convient de rapprocher de ces deux exemples l'effort de l'association Accueil et Promotion à susciter une formation artisanale.

Il ne faut, pour conclure, pas perdre de vue le fait que le séjour des Africains, en France, est provisoire et il serait désastreux que non seulement ils aient subi les épreuves de la transplantation, mais qu'ils se soient desadaptés de leur propre pays.

EN CONCLUSION

Il est nécessaire d'insister sur les difficultés rencontrées par l'Africain pour s'insérer dans le milieu de travail européen. Le terrain de ces sujets va influencer profondément son adaptation au travail, en retour, le travail pourra modifier ce terrain.

La position du médecin du travail pourrait être privilégiée, étant donné le caractère obligatoire des visites médicales systématiques, si l'organisation même des services médicaux pouvaient le lui permettre. Cette dernière n'est, en effet, dans sa vocation habituelle, pas adaptée à certaines exigences particulières à la surveillance des Africains.

Cependant le rôle du médecin n'en demeure pas moins important, tant sur le plan somatique que sur le plan d'une adaptation plus large au milieu européen. La connaissance de certains caractères de la personnalité de l'Africain lui est alors indispensable.

C O N C L U S I O N S

Les observations recueillies dans le Service du Professeur Agrégé RISTELHUEBER, au Centre Hospitalier de Saint-Denis, rejoignent les conclusions générales des différents auteurs qui se sont intéressés aux problèmes sanitaires du travailleur Africain.

La pathologie de ce dernier est dominée par deux pôles :

a) La tuberculose. Elle est fréquente et ses formes, son évolution, sa pathogénie possèdent, selon le Professeur BROCARD, certains caractères propres à l'Africain :

- la plupart des sujets, à leur arrivée en France, ont déjà été tuberculisés.
- Les adénopathies médiastinales sont des localisations très fréquentes.
- L'évolution est souvent rapide et les manifestations cliniques, parfois, bruyantes.
- la sensibilité à l'antibiothérapie est bonne.

b) Les parasitoses. Le Professeur BRUMPT en souligne l'importance. Elles appartiennent à un cadre nosologique tropical (bilharziose, dracunculose, onchocercose, sont parmi les plus fréquentes). Elles nécessitent, en cette matière, une connaissance plus approfondie du médecin.

A ces deux pôles s'ajoutent :

- les tréponématoses, dans une moindre mesure,
- la lèpre, beaucoup plus rarement.

Comme nous l'avons mis en évidence, l'état de santé déficient de certains sujets amorce un véritable cercle vicieux. Malades, ils ne peuvent travailler, ils s'enfoncent alors, bien que pris en charge par leur communauté, dans une situation économique catastrophique, génératrice d'anxiété.

La recherche d'une solution aux problèmes sanitaires revêt plusieurs aspects.

- Un contrôle sanitaire, l'opinion de tous les auteurs concorde à ce sujet, est indispensable au départ du pays d'origine (avec établissement d'un carnet de santé) et à l'arrivée en France.

En dépit de leur signature, les accords entre les pays intéressés et la France *, stipulant, entre autres, l'obligation d'une visite médicale au départ, n'ont donné que très partiellement, des résultats concrets.

L'immigration, sans un contrôle rigoureux, est responsable de l'arrivée en France, de sujets déjà malades et de certains autres qui, sans être malades, ont un terrain somatique déjà déficient. Ils seront, alors, particulièrement exposés aux agressions de nature multiples, auxquelles la transplantation les soumettra.

- Des contrôles sanitaires systématiques, répétés, selon une fréquence optimale, permettraient de dépister les maladies se déclarant au cours du séjour des travailleurs.

Rappelons les efforts accomplis par nombre d'organismes dans ce sens. Cependant, ils restent encore insuffisamment coordonnés entre eux et ne portent ainsi pas tous les fruits qu'on pourrait en attendre. Il serait souhaitable de prévoir, dans le cadre d'une organisation plus générale, un contrôle obligatoire, mais institué de telle sorte qu'il respecte la dignité de la personne humaine et ne soit pas interprété comme émanant d'une attitude discriminative.

* France-Mali	décret 63560 du 30-5-1963
France-Mauritanie	décret 64.310 du 11-1-1964
France-Sénégal	décret 64.254 du 14-3-1964

Nous constatons que la Médecine du Travail serait l'organisme actuellement le plus à même de réaliser cette tâche. Cependant les structures existantes en sont, dans leur vocation habituelle, insuffisantes pour l'assumer complètement.

- Dans notre esprit, le dépistage systématique n'est pas suffisant mais une éducation du travailleur Africain, sur le plan de l'hygiène et de la santé en général, est indispensable. Elle doit concerner, plus particulièrement, le mode d'alimentation, la lutte contre les intempéries et surtout la prise de conscience de la maladie, en même temps que la nécessité des soins prolongés. L'efficacité de cet enseignement est grandement améliorée, si celui-ci est délivré dans la langue vernaculaire. On imagine, pour cela, le rôle que peut jouer la collaboration d'étudiants en médecine africains et de certains travailleurs déjà adaptés à leurs conditions de vie.

- L'organisation d'un accueil adapté aux besoins des travailleurs (accueil psychologique, habitat organisé en fonction de leurs normes de vie, mise au travail, formation professionnelle), joue un rôle déterminant dans la solution des problèmes sanitaires.

Ces exigences multiples, l'expérience de Rouen s'est attachée, depuis plusieurs années, à les satisfaire dans une large mesure et porte ses fruits puisque l'on semble avoir constaté parallèlement, dans cette ville, une certaine diminution de la morbidité.

L'aspect sanitaire semble être au point de convergence des multiples facettes du problème de l'immigration. Les solutions proposées pour l'instant, représentent, en quelque sorte, des palliatifs. En effet, les solutions véritables de l'immigration, d'ordre économique et sociologique, résident fondamentalement au niveau du pays d'origine, permettant au potentiel représenté par les travailleurs africains d'être investi dans son propre pays. Cependant, tant que le mouvement migratoire existe, une large part revient au pays d'accueil, dans la recherche des moyens propres à résoudre les délicats problèmes posés.

En ce qui concerne notre propre participation, il nous semble qu'une meilleure compréhension des facteurs déclenchant la maladie doit s'inscrire dans le cadre de ces préoccupations.

Le déclenchement d'une maladie déjà latente (parasitose par exemple) ou l'éclosion d'une autre, au cours du séjour de l'Africain en France, paraissent être, dans de nombreux cas, un symptôme d'une adaptation mal réussie : que ce soit sur le plan de l'hygiène ou le plan social, économique ou des relations humaines; on peut se demander si ces sujets ont, au départ, des personnalités plus fragiles et, de ce fait, supportant moins bien la transplantation. Pour apprécier vraiment les facteurs déclenchants de la maladie, il serait intéressant de confronter nos résultats avec l'examen d'un groupe témoin qui serait formé d'Africains de même origine, vivant dans les mêmes conditions en France et qui, eux, ne sont pas hospitalisés.

L'approche d'un milieu culturel, reposant sur des structures différentes, est la source d'efforts enrichissants, si l'on veut bien abandonner le parti pris raciste qui, estimant sa propre culture supérieure à celle des autres groupes, cherche à la leur imposer et juge leur comportement en fonction de ses propres critères. C'est là une position génératrice de déséquilibre pour celui qui y est soumis.

Vu, le Président de Thèse

J. BOYER

Vu, le Doyen de la Faculté

G. BROUET

Vu et Permis d'imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

B I B L I O G R A P H I E

BALLANDIER G. -

Afrique Ambiguë p. 53-54. Le Monde en 10-18 1962.

BEGOIN J. -

Tuberculose pulmonaire et problèmes psychosomatiques.
Rev. de Médecine Psychosomatique T7 n° 2 1965.

BOLLENCER -

Africains parmi nous.
Hommes et Migrations n° 663. Documents. sept. 1966.

BORREY -

Adaptation du Noir africain au travail.
Conférence, Journées d'étude annuelles de l'Association des
surintendants d'usines et de services sociaux.
(Compte rendu in Semaine médicale 12-12-1958 p. 1.263)

BOURRAS -

In Revue de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Marseille
n° 762, février 1965.

BOUTILLIER J.L., CANTRELLE P., CAUSSE J., LAURENT C., N'DOYE Th. -

La Moyenne vallée du Sénégal.
PUF 1962.

BROCARD H. -

Tuberculose des Noirs originaires d'Afrique.
Rev. de Tuberculose et de Pneumologie T26, n° 9-10, 1962,
p. 921-941.
Dépistage de la tuberculose chez les travailleurs africains de race noire.
Rev. d'Hygiène et de Médecine Sociale, T13, n° 6, 1965, P. 487-
508.

BRUMPT L.C., GENTILINI M. -

Problèmes sanitaires posés par l'immigration des travailleurs originaires d'Afrique Noire.

Bull. de l'Acad. Nat. de Méd., T. 146, 1962, p. 639-642.

CASSOU -

Conférence à l'Association Amicale des Médecins de l'ACMS (Association Interprofessionnelle des Centres Médicaux et Sociaux de la Région parisienne), nov. 1963.

CHENE P. -

Pathologie Tropicale - Implantation dans les régions tempérées.

In Gazette Médicale de France, 1-12-1964.

CLAUZEL -

Contribution à l'étude de la tuberculose des Noirs, travaillant dans la région parisienne.

Thèse - Paris, 1963.

DELERM R. -

Revue Population, n° 3, INED juin-juillet 1964, p. 515-528.

ESNA Hommes et Migrations, n° spécial, 1965, p. 71-78.

Revue Vitalité Française, n° 484, nov.-déc. 1966, p. 172-175.

ESPERET -

Rapport - Avis et Rapports du Conseil Economique et Social

(Séance du 23-6-1964) J.O. n° 15, 24-7-1964, p. 545-566.

FAVEZ - BOUTONNIER J. (Mme) -

Questions de psychologie générale p. 69, 134, 221 et 225.

L'Homme et son milieu p. 69, 88, 101 et 132. Les Cours de

Sorbonne - Centre de Documentations Universitaires.

GENTILINI M. -

Aspect de la dracunculose. Pathologie des Noirs transplantés.

ESNA, Hommes et Migrations, n° spécial, 1965, p. 37.

GIRAULT M. (Melle) -

Immigration noire en France depuis 1958.

Rapport de fin d'études. Institut National des Techniques de la Documentation. Promotion 1965.

GRIMBERT - Melle NEGRI - PARDON - VALENTIN -

Discussion (suite Communication à la Société de Médecine et d'hygiène du Travail du 14-12-1964) AMP mars 1965.

HINZE -

"Die Berufsgenossenschaft" Bielefeld.
Rép. Féd. Allemande, janv. 1963.

HOUSSET P. - JACQUEMET J.P. - RONNE G. -

Communication à la Société de Médecine et d'Hygiène du Travail.
Séance du 14-12-1964. AMP mars 1965.

JOURDAN - (Conseiller social à la Sous-Direction des Affaires Sociales
Musulmannes - Section Action Sociale en Faveur des Travailleurs
Originaires de l'Afrique Noire)

Conférence sur l'état sanitaire chez les travailleurs origi-
naires de l'Afrique Noire. 19-1-1965 (Compte rendu consulté
au Service de Documentation, Ministère de la Coopération).

LEFEVRE Ph. -

Pathologie d'apport et d'acquisition des travailleurs originaires
d'Afrique francophone, fixés dans la région parisienne.
Thèse Paris 1964.

LEGRU J. -

Main-d'oeuvre Noire dans la région parisienne.
ESNA n° 102, mai-juin 1964.

MATHE -

L'isolement comme vécu et comme situation pathogène.
Rev. de médecine psychosomatique, T6, 1964, p. 109-131.

MERKLEN F.P. - RIOU -

La Lèpre et son actualité en France métropolitaine.
Gazette Médicale de France, T71, n° 23, 1964, p. 3863-3871.

MESNIL J. -

La migration des travailleurs Africains en France.
Diplôme d'Etudes Supérieures de Sociologie. Thèse 1965.

MOREAU J. -

Problèmes médico-sociaux posés par les travailleurs d'Afrique Noire
en France.
Thèse Paris 1963.

MOREAU (Père) -

Lettre aux Communautés de la Mission de France, août 1966,
compte rendu In le Monde 6-9-1966.

N'DIAYE - BASSENE J. - GERMAIN D. -

Les travailleurs Noirs en France. Pourquoi les migrations ?

BERA - Réalités africaines n° 5, mai-juin 1963.

PARIN P. - MORGENTHAUER F. - PARIN-MATTHEY G. -

Les Blancs pensent trop. Payot, Paris, 1966.

PAYET - PENE - SANKALE -

Pathologie africaine (Dakar)

(consulté au Service de Documentation, Ministère de la Coopération).

REVUE DU PRATICIEN -

Pathologie du Transplanté, TXV, n° 2, 11-1-1965. + supplément Revue du Praticien TXV, n° 2, p. I à XI et XIII à XVII.

REVUE DES SCIENCES MEDICALES -

Pathologie du Noir africain en France. n° 162, octobre 1964.

ROUSSEL -

Problèmes de santé publique posés par la migration des travailleurs.
Bulletin INSERM, T21, n° 5, 1966, p. 1.121-1.138.

SPITZ R.A. -

La première année de la vie de l'enfant.

Genèse des premières relations objectales PUF 1958.

COMPLEMENT DE BIBLIOGRAPHIE

A cet effet, nous citerons une liste indicative :

- Articles de revues et publications.
- Coupures de la grande presse.

Signalons également que l'Agence France Presse publie régulièrement des bulletins spéciaux à destination des pays d'Outre-Mer. Un certain nombre d'entre eux traitent des problèmes de l'immigration des travailleurs originaires de l'Afrique Noire.

1 - ARTICLES DE REVUES ET PUBLICATIONS

1960 mars -

Les Travailleurs de l'Afrique Noire en France (CHAFFARD G.)
Chronique de la Communauté - Documentation française -
Article repris In "Documents Nord Africain ESNA n° 429, 16-3-1961"

1961 juillet -

Pour une action sociale appropriée, deux exigences : Accueil et Promotion.
Notes documentaires du Secrétariat d'Outre-Mer, n° 38.

1962 10-16 sept.

Dakar sur Seine (DESSARE E.)
Jeune Afrique n° 99.

1963 mars -

Comment vivent les travailleurs Africains en France.
(C.F.) Syndicalisme n° 917.

27 avril -

La nouvelle traite des Noirs (MAURIENNE)
Révolution Africaine n° 13.

avril -

La migration des Africains noirs en France (BARGETON)
Actualités d'Outre-Mer.

1963 juin -

Des épaves par milliers sur le pavé des ville (JOACHIM P.) Bingo
Article repris in "Documents Nord africains n° 541."

12 juin -

Faut-il freiner l'émigration massive des travailleurs africains à l'étranger (DIOP M.)
Mauritanie Nouvelle n° 159.

juillet -

L'émigration noire en France (CHAULEUR P.)
Etudes p. 58-69

11 août -

Le drame de l'émigration noire en France. Noir pauvre et sans travail
(N'DIAYE J.P.)
Jeune Afrique n° 146.

1964 janvier -

Les travailleurs de l'Afrique Noire en France (AGENEAU Ch.)
Dossier pour notre temps.

février -

Compte Rendu de l'Union Générale des Travailleurs Sénégalais (N'DONGO SALLY)
Vie Africaine n° 44.

29 juin -

Il gagnera son pain à la sueur de son front (FRIEDMAN M.)
Jeune Afrique n° 190.

6 juillet -

La descente aux Enfers (FRIEDMAN M.)
Jeune Afrique n° 191.

6 août -

Encore des personnes déplacées (DESSARRE E.)
Unité Africaine.

3 septembre -

Une heureuse expérience franco-africaine des travailleurs d'Afrique à Rouen. (DESSARRE E.)
Unité Africaine.

1965 janvier -

Travailleurs étrangers à Paris (VAILLANT G.)
Revue de l'Action Populaire n° 184.

1965 février -

L'immigration des travailleurs Noirs en France.

Revue de la Chambre de Commerce et d'Industrie de Marseille
n° 762 p. 62-106.

21 février -

La France est-elle raciste ? (DESANTI D.)

Jeune Afrique n° 220.

mars-avril -

Les travailleurs africains Noirs en France (TREBOUS M.)

Economie et Humanisme n° 159.

juin -

50.000 travailleurs africains dans les Harlem de France.

Faim et Soif n° 61.

8 novembre -

Les problèmes de l'immigration de l'Afrique Noire (COLAS G.)

Hommes et Migrations - Documents n° 625.

décembre -

Dans 20 ans le nombre des Noirs travaillant en France aura atteint le million (THORAVAL G.)

A.F.P. Features n° 46.345.

n° spécial 1965 -

Approche des problèmes de la migration Noire en France.

ESNA Hommes Migrations.

1966 avril -

Les étrangers en France.

Esprit n° 4, p. 546-798.

2 - COUPURES DE PRESSE

LA CROIX -

Copin N. L'Afrique Noire au coeur de Paris
série d'articles 12, 13 et 14 décembre 1962.

Itey R. La douloureuse situation des travailleurs africains,
4 juillet 1964.

LE MONDE -

Legris M. 40.000 esclaves volontaires; les travailleurs Noirs en France - série d'articles 21, 22 et 23 février 1963 repris In Documents Nord Africains n° 534, 16-9-1963. A propos de ces articles, mise au point de N'Dongo Sally, au nom de l'Amicale des travailleurs Sénégalais de la région parisienne, In L'UNITE AFRICAINE n° 35, 6-3-1963.

LE FIGARO -

Meteye J.L. - Africains en Métropole - série d'articles 22 février et 1er mars 1963 repris In Documents Nord Africains n° 536, 2-10-1963.

Meteye J.L. et Vimard A. Africains en Métropole, 23 et 25 décembre 1963.

L'AUORE -

Floury R. 3.000 travailleurs s'entassent dans 65 hôtels de la région parisienne, 4-3-1963.

LE FIGARO LITTERAIRE -

Senard J. - Les travailleurs Noirs en France - série d'articles, 2 et 7-11-1963, repris In Documents Nord Africains, n° 549, 9-1-1964.

LIBERATION -

Blum E. et Nacht - Les Africains en France, 26-3-1964.

L'HUMANITE -

Travailleurs Africains, 3-7-1964
Semaine de solidarité du secours populaire français. A Montreuil, Mamadou le Malien a dit : "ce sont nos frères...", 23-11-1964

Pradines R. - Travailleurs immigrés, nos frères d'Afrique Noire, 4-12-1964.

Gaillard P. - 21-1-1965

Picant Cl. - 21-1-1965

TEMOIGNAGE CHRETIEN -

Les Travailleurs Africains en France, juillet 1964.
Les Exilés des terrains vagues, 10-12-1964.

FRANCE OBSERVATEUR -

Friedman M. - Le dossier Noir, 16-7-1964.

CANDIDE -

Paris n'aura pas son Harlem, 13-8-1964.

L'EXPRESS -

Les négriers des bidonvilles, 26-10-1964.

DAKAR MATIN -

Fall A. - Travailleurs sénégalais et africains en France -
série d'articles 11, 13 et 14 octobre 1965.

O.R.T.F. -

L'émission "Cinq colonnes à la Une" est consacrée au problème de
l'immigration des travailleurs originaires de l'Afrique Noire,
4-7-1964.

oOo

Annexe I. -

Lettre d'un malade africain
hospitalisé.

Saint Denis 9- Mai 1963

Monsieur le Médecin traitant:
Je vous envoie cette lettre pour vous
informer de mes nouvelles. Je vous demande
de bien vouloir ne pas laisser partir pour
travailler que l'année mais pour que
je rentre au pays, car je suis marié
et j'ai des enfants qui n'ont aucune
personne pour s'occuper d'eux,
surtout favorable, dans l'attente d'une
de mes salutations distinguées

Votre malade C. 12

Saint Louis le 24 4 63

Monsieur Le Medecin je l'honore de
vous écrire cette Lettre pour vous donner mes
nouvelles je vous fait savoir que j'aime pas
aller à Campagne. Il faut mes laisser que je
passe mon ~~temps~~ Repos avec mes freres
parce que quant je parte à Campagne
il y a pas quelque que je Cose avec lui
à la Campagne, alors il faut mes laissez
passer les jours de Repos à la maison
parce que moi je suis trop jeune et plus
je ne Quise même pas un mois de
France. Monsieur il faut faire toute
Bonne nuit de me Repondre tres urgent.
S u S

Monsieur nos Salutations

Distinction

Par moi S

LISTE INDICATIVE DES COMMUNICATIONSRAPPORTS ET REALISATIONSCONCERNANT LE PROBLEME1) SUR LE PLAN MEDICAL

- Communication à l'Académie de Médecine (Professeur BRUMPT, GENTILINI) ; le 27-11-62 sur les Problèmes posés par l'immigration de ces travailleurs.
- Rapport à la réunion hebdomadaire de l'Académie de Médecine (Professeur LEPINE) le 26-3-63.
Dans un but de protection, l'Académie de Médecine demande un examen médical.
- Communication à la Société Française de Cytologie Clinique (Professeur MERKLEN) à propos des cas de lèpre. Le 6-12-63.
- Conférence du Professeur BRUMPT (Journées sociales, organisées par l'union catholique des services de santé et des services sociaux, sur le thème "solidarité des Peuples et besoins du monde. Le 11-2-64.
- Société de pathologie exotique, séances 9 et 10-6-64.
"la pathologie exotique importée".
- Communication à la Société de Médecine et Hygiène du travail (P. HOUSSET, J.P. JAQUEMET, G. RONNE). A propos de l'expérience faite dans une grande usine d'automobile. 14-12-1964.
- Société des Médecins des Hôpitaux de Paris.
Résultats de 50 observations en pathologie tuberculeuse (R. LE SOBRE, J. ORTEGA, G. CARBON). 5-2-65.

- Communication à la Société française de tuberculose (L. AUJOLAT, J. DESCOINGS, H. BROCARD). A propos de l'action poursuivie en 1964, 1965, au Centre médico-social BOSSUET. Mars 1966.

Exemples de réalisation sur le plan médico-social

A - Centre Bossuet.

Le financement de ce centre est mixte (Fonds d'action social, legs des Ambassades, fonds de la Préfecture de la Seine etc..) Il comprend un service social, dont l'action psychologique est capitale, un service médical subdivisé lui-même en consultations diverses (pneumophtisiologie, maladies tropicales) et un laboratoire d'analyse. Centre de dépistage, il oriente éventuellement vers des services spécialisés et établit un carnet de santé. (Rapports d'activité de ces différents secteurs consultés au Service de Documentation du Ministère de la Coopération).

B - Centre de la rue de Belleville.

Il dépend de la Préfecture de la Seine. En 1964, une section d'action sociale est créée, on y ajoute par la suite un dispensaire. Les sujets qui fréquentent le service social sont donc amenés à subir un examen médical. Un carnet de santé est établi.

C - Dépistage systématique de la tuberculose à domicile, par camion équipé. Cette action dirigée par le Docteur BURIN, est organisée par les services d'hygiène.

D - Un sanatorium "le Petit Arbois" (les Milles) met à profit la durée de la cure pour tenter d'entreprendre la formation de ses malades africains.

2) SUR LE PLAN OFFICIEL.

A - Accords sur la libre circulation des personnes entre la France et les pays d'Afrique francophone indépendants. Les seules pièces exigées sont : un certificat de vaccination antivaricelleuse et une carte d'identité.

B - Accords signés entre la France et les pays intéressés par l'émigration:

- a) France - Mali - Décret 63.560 du 30-5-63 portant publication de la convention signée entre les deux pays le 8-3-1963 (J.O.n° 135, 10-11/6/1963, p. 5.205)
- b) France - Mauritanie - Décret 6.431 du 11-1-64, portant publication de la convention signée entre les deux pays le 5-7-1963. (J.O. n° 13, 16-1-1964, p. 562).
- c) France - Sénégal - Décret 64.254 du 14-3-64 portant publication de la convention signée entre la France et le Sénégal le 25-1-1964. (J.O. n° 68, 20-3-1964, p. 2.593)

C - Le Fonds d'action sociale. Pour les travailleurs musulmans d'Algérie en métropole et pour leurs familles, créé en 1958, voit ses attributions s'étendre à l'ensemble des travailleurs étrangers en France et en particulier les Africains noirs. (Décret n° 64.536, 24-4-64 . J.O. n° 98, 25-4-64, p. 37667) Il désigne les organismes chargés de prendre en charge l'exécution des réalisations projetées et répartit les crédits entre eux.

D - Création d'une Commission interministérielle à l'échelon du Premier Ministre.

E - ENQUETES DES SERVICES PUBLICS.

- a) Préfecture de Police : (logements des travailleurs) sept.1963.
- b) Préfecture de la Seine : Octobre 1963
- c) Coopération : Etat numérique des ressortissants des Etats Africains de l'Ouest, débarqués à Marseille depuis 1960. (Délégation de Marseille pour les Affaires sociales).
- d) Rapport présenté au Conseil économique et social. Session 1964. Séance du 23-6-64 (G. ESPERET). J.O. Conseil économique et social, 24-7-64, p. 545/566.

F - QUESTIONS ET DEBATS.

- a) Assemblée Nationale.

Attention du Ministre de la Santé attirée sur les problèmes posés par cette immigration.

Séance du 16-7-1963 (J.O. 17-6-1963 n° 82 AN)

Séance du 6-10-1963 (J.O. 9-10-1963 n° 102 AN)

b) Conseil général de la Seine.

- Questions posées par divers Conseillers Généraux au Préfet de Police et au Préfet de la Seine (Séance des 3 et 4 avril 1963. (Bulletin Municipal de la Ville de Paris, 83^e Année, n° 5, 17-4-66, p. 165/174).

- Les Conseillers Généraux demandent des mesures gouvernementales, Séance du 2-8-1963.

c) Conseil Municipal de Paris.

Questions posées au Préfet de la Seine et au Préfet de Police. (Bulletin Municipal de la ville de Paris et Annexe au recueil des Actes Administratifs de la Préfecture de la Seine et de la Préfecture de Police, 83^e Année, n° 14, 18-1-1964, p. 149.

G - CREATION AU SEIN DU HAUT COMITE DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS d'un groupe de travail, (dépendant de la Commission jeunesse-coopération) se préoccupant du problème. AFP 1-7-1965.

3) ASSOCIATIONS ET REALISATIONS.

A - AFTAM (Association pour l'accueil et la formation technique de base des Africains et Malgaches résidant en France).

La vocation primitive de cette association est le reclassement dans le pays d'origine des travailleurs après leur séjour en France. Mais, sans négliger cet objectif, elle fait passer au premier plan les problèmes posés par la situation matérielle des travailleurs. Les objectifs généraux sont les suivants :

logement, travail, éducation et action, sanitaire, hygiène et alimentation. Alphabétisation, formation technique de base et reclassement.

B - ACCUEIL ET PROMOTION.

Cette Association a les mêmes objectifs que l'AFTAM, elle est, par ailleurs, en liaison avec des organismes protestants :

Amitiés du Tiers Monde

CIMADE (Comité intermouvement auprès des évacués, créé il y a 25 ans).

C - SUNDIATA

(Association pour le soutien, l'union et la dignité de l'accueil aux travailleurs africains.

D - UGTS

(Union générale des travailleurs Sénégalais)

Les objectifs en sont : le relogement

le placement

la scolarisation

le reclassement dans le pays d'origine

l'aide sociale et judiciaire.

4) EXEMPLE D'UNE REALISATION D'ENSEMBLE : ORGANISATION DE ROUEN.

Un plan d'ensemble a eu le mérite d'être mis sur pied dès les premières années du mouvement migratoire. Il comprend :

- l'accueil, avec une certaine préparation de l'opinion publique,
- l'hébergement (actuellement 4 foyers) adapté aux exigences de la vie africaine avec le souci de recréer l'atmosphère chaleureuse de la communauté.
- le placement et l'adaptation au travail dans les entreprises,
- la formation professionnelle avec le souci de reclassement, par la suite, dans la vie africaine.

